附件1

深圳市医疗保障专家申请表

申请时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 身份证号码 |  |
| 所在单位 |  | 单位电话 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 工作年限 |  | 本人电话 |  |
| 参加学术科研组织情况 |  |
| 学习专业 | 中专（专业）： 大专（专业）： 本科（专业）： 硕士研究生（专业）： 博士研究生（专业）： 博士后研究（专业方向）：  |
| 最高学历 | □中专 □大专□本科□硕士研究生□博士研究生 | 最高学位 | □无学位□学士□硕士□博士 |
| 专长领域介绍 |  |
| 申请人签名 | （本人自愿承担提供虚假材料引发的一切后果） | 所在单位意见（盖公章） | （无用人单位可不填） |