附件2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分库推荐专家信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | 照片 |
| 参加工作时间 |  | 政治  面貌 | |  | | 民族 | |  |
| 职务/职称 |  | 专业方向 | | |  | | | |
| 学历与学位 |  | | | | 毕业院校 | |  | | |
| 工作单位及  详细地址 |  | | | | | | | | |
| 联系方式 | 手机号 | |  | | | | | | |
| 微信号 | |  | | | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | | |
| 专业领域相关科普工作及取得成绩 |  | | | | | | | | |
| 社会兼职情况 |  | | | | | | | | |
| 本人意见 | 本人自愿加入浙江省健康科普专家库\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分库，按要求完成健康科普相关工作。  签字  　年 月 日 | | | | | | | | |
| 专家所在单位意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | |
| 牵头单位意见 | 盖章  年 月 日 | | | | | | | | |