附件

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 黑龙江省长期护理保险专家库咨询专家申报表 | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 |  | （贴照片处，  一寸免冠彩照） |
| 政治面貌 |  | | 民族 | |  | | 籍贯 |  |
| 身份证号 |  | | | | | | 职称 |  |
| 工作单位  及职务 |  | | | | | | | | |
| 最高  学历  学位 | 全日制  教育 |  | | | | | 毕业院校  及专业 |  | |
| 在职  教育 |  | | | | | 毕业院校  及专业 |  | |
| 通信地址 |  | | | | | | | 邮政编码 |  |
| 办公电话 |  | | | 手机 | |  | | 电子邮箱 |  |
| 个人简历 | （从接受大学教育至今） | | | | | | | | |
| 长期护理  保险领域  研究成果 | （摘要介绍，有关证明材料另附） | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 符合黑龙江省长期护理保险专家库入库条件，自觉遵守专家库管理相关规定，对提供申请资料的真实性负责。  本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | |
| 所在单位  （党组织）  意见 | （对照黑龙江省长期护理保险专家库入库条件，对申请人的德、能、勤、绩、廉等情况作出评价，给出推荐入库意见）  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |