附件

湖北省药品监督管理局医疗器械专家申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性 别** | |  | | 一寸免  冠照片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** | |  | |
| **学 位**  **（提供复印件）** | |  | **技术职称**  **（提供复印件）** | |  | |
| **工作单位** | |  | | | | |
| **单位地址** | |  | | | | | |
| **所在部门/科室** | |  | | **行政/技术职务** | |  | |
| **办公电话** | |  | | **传真** | |  | |  | | | |  | | |
| **电子信箱** | |  | | **移动电话** | |  | |
| **专业方向** | |  | | | | | |
| **研究或擅长领域** | |  | | | | | |
| **教育背景和工作简历** | |  | | | | | |  | |  | | | |
| **本人过去和目前在企业兼职或受企业委托承担的研发项目情况** | |  | | | | | |
| **本人保证以上信息真实、准确。**  本人签名： 年 月 日 | | | | | | | |  |  | |  | |
| **专家所在单位意见** | 单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | |