附件2

福建省预防接种异常反应处置专家库专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | |
| 身份证号 |  | | | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 |  | | | 最高学历 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 职务 |  | | | 职称 |  | |
| 办公室电话 |  | | | 手机号码 |  | |
| 专业领域 |  | | | 累计从事相关专业年限 | |  |
| 相关工作经历 |  | | | | | |
|
|
|
|
|
| 本人承诺 | 我承诺以上信息真实、全面，自愿参加预防接种异常反应处置相关工作，以客观公正的态度参与各项任务，遵守法纪和有关部门管理规定。  签名：  年 月 日 | | | | | |
| 所在单位  审核意见 | 签字盖章： 年 月 日 | | | | | |