附件2

福建省计划生育技术服务和避孕药具管理专家组

推荐专家信息表

 设区市（单位）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 行政职务 |  |
| 工作单位地址及邮编 |  |
| 电子邮箱 |  | 移动电话 | 1. 2.
 |
| 办公电话 | 1. 2.
 |
| 所在机构性质 | □公立 □军队 □民营 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 所在科室 |  | 职称 |  |
| 核心专业及工作年限（不超过2个） | □1.妇产科□2.计划生育□3.泌尿外科□4.卫生管理□5.财务相关专业 核心专业工作年限 年 |
| 工作经历 |  |
| 本人保证以上所填内容属实，并自愿做出以下承诺：一、客观公正、诚实廉洁地履行工作职责。二、对相关工作中所接触的资料、数据等信息严格保守秘密，不对外传播，不用于获取利益或帮助他人获取利益。三、遵守相关法律法规和规范性文件中的其他规定。 签名： 年 月 日 |
| 工作单位意见： 盖章： 年 月 日 |
| 设区市卫生计生行政部门意见： 盖章： 年 月 日 |
| 备注： |