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： | | | | | | | | | | |