中医药健康服务高质量发展工程慢性病管理专家委员会

专家学者登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | | |  | | | | 1寸彩照  粘贴处 |
| 政治面貌 |  | | 民族 | | | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | 手机 | | |  | | |
| 固定电话 |  | | | | | | | | | |
| 微信 |  | | | 邮箱 | | | | |  | |
| 毕业院校/学历 |  | | | | | | | | | | |
| 专业/擅长领域 |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位/职务 |  | | | | | | | | | | |
| 通讯地址/邮编 |  | | | | | | | | | | |
| 社会职务 |  | | | | | | | | | | |
| **本人简历** | | | | | | | | | | | |
| 何年月至何年月 | | 在何地区何单位 | | | | | | | | 任（兼）何职 | |
|  | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | | | | |  | |
| 简述  本人专业特长  专业技术成果  学术著作等 | | (可另附件写) | | | | | | | | | |
| 本人签字：  填表日期：20 年月日 | | | | | | 北京糖代谢研究会意见：  20 年月日 | | | | | |

【注】

1.请专家提供本人身份证（正面反面）、职称证书复印件或扫描件各一份。

2. 请专家提供1寸个人彩色证件照、工作照（电子版）。

3.请将登记表发至北京糖代谢研究会邮箱bjtdxyjh@163.com。

附：专家个人身份证（正面反面）、职称证书的复印件或扫描件