附件1

广西壮族自治区医疗保障局评审专家申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 | |  | | | 性别 | | |  | 一寸彩照 |
| 政治面貌 |  | | | | | | 民族 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | |
| 毕业院校及专业 |  | | | | 学历及学位 | | |  | | |
| 技术职称及取得时间 |  | | | | 执业资格及取得时间 | | |  | | | |
| 从事相关业务  及工作年限 |  | | | | 其他资格取得情况 | | |  | | | |
| 固定电话 |  | | 手机 |  | | | | 电子邮箱 |  | | |
| 申报专家类别  （可多选） | □医疗医药类 □医保管理类 □药品耗材采购类 □医药价格管理类  □财务管理类 □商业保险类 □信息技术类 □政府采购类 | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | |
| 医院级别  （非涉医类的可不填） |  | | | | | | | | | | |
| 任职医院的科室  及职务  （非涉医类的可不填） |  | | | | | | | | | | |
| 专业类别及编码  **（申报涉医类专家填报，可多选）** |  | | | | | | | | | | |
| 兼任职务 |  | | | | | | | | | | |
| 本人近三年主要工作业绩和获奖情况 |  | | | | | | | | | | |
| 本人承诺：   1. **本人在本表中所填写的内容及所提供的材料真实、准确。** 2. **本人将严格遵守相关管理规定。**   本人签名：  年 月 日 | | | | | | 推荐单位（专家）意见：    单位（盖章）或专家（签字）  年 月 日  （该栏如无单位签章或其他专家签字，视为自荐） | | | | | |
| 审核意见：  经办人（签名）： 审核人（签名）： 审批人（签名）： | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |
|  |

注：1.请附本人身份证、毕业证或者学位证、专业技术职称资格证书、专业执业资格证书或者能够证明本人技术能力的文件复印件。

2.专业类别与编码，由申报涉医类的申请人填报，其余类别无需填报，编码根据附件3的《医疗医药类学科分类与代码》填报。