附件1

广西壮族自治区医疗保障局专家申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生  年月 |  | | 性别 |  | 一寸彩照 |
| 政治面貌 |  | | | | 民族 |  |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 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 | |  | | |
| 手机号码 |  | | 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 □门诊慢性病类    □长期护理保险类 | | | | | | |
| 长期护理保险类组别（非长期护理保险类的不填） |  | | | | | | |
| 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、学位学历证、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电子版及纸质复印件。

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6的《医疗医药类学科分类与代码》填报。