附件4

巴山名医评价申报表

申报单位： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 出生年月 |  | 相  片  （粘贴处） |
| 户籍所在地 |  | 身份证号 | |  | 职 务 |  |
| 学 历 |  | | | 毕业院校和时 间 |  | | |
| 所学专业 |  | | | 从事专业 |  | | |
| 技术职称 |  | | | 取得现职称时 间 |  | | |
| 近3年内主要业绩、成果和贡献（限500字内） | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 所在单位审核意见 | | | （单位公章）  单位负责人签名： 年 月 日 | | | | | |
| 所在地主管部门意见 | | | （单位公章）  单位负责人签名： 年 月 日 | | | | | |