附件1

老龄健康专家信息表

申请领域：老龄工作（ ）、医养结合（ ）、老年健康（ ）（选择相应领域）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | | | 照  片 | |
| 出 生  年 月 |  | | | 政 治  面 貌 | |  | | | | |
| 工 作  单 位 |  | | | | | 职务 | |  | | | 职称 |  |
| 手机 |  | | | | | 电子邮箱 | | | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | 邮编 | | | |  | | |
| 工作简历 |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 主要研究成果（如出版论著及发表的主要文章）及突出贡献 |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 单位意见 |  | （盖章） | | | 设区市卫生健康委意见 | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |
| 年 月 日 | | | |
|  | | | |