杨凌示范区门诊特殊慢性病认定专家申报表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 职称 |  | 证件照 |
| 民族 |  | 性别 |  | 科室 |  |
| 邮箱 |  | 电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 主要学术职务 |  |
| 工作简历 |  |
| 所参加过的评审活动 |  |
| 本人签字 |   年 月 日 | 推荐医院意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 医保局意见 |  （盖章） 年 月 日 |