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 | | | | | | |