附件1

**中国非公立医疗机构协会评价专家库成员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  | 2寸照片 |
| **出生年月** |  | **身份证号** |  |
| **学 历** |  | **技术职务** |  | **政治面貌** |  |
| **评价经历** | 是否有医院评价工作经历：是（ ），否（ ） | **专 业** |  |
| **所在机构及职务** | 省 市 （机构名称） |
| **手 机** |  | **电子信箱** |  |
| **办公电话** |  | **微信号** |  |
| **社会职务** |  |

|  |
| --- |
| 本人主要经历及业绩：本人签名：  |
| **所在单位审核意见** | **中国非公立医疗机构协会审核意见** |
|  （单位公章） 年 月 日 |  （协会公章） 年 月 日 |