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 |