附件

**浙江省药品监督管理局医疗器械技术审评** **专家推荐表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 2吋近期免冠照片 |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 学历学位 （提供复印件） |  | 技术职称(提供复印件) |  |
| 工作单位 |  |
| 单位地址 |  |
| 所在部门 |  | 行政/技术 职务 |  |
| 办公电话 |  | 传真 |  |
| 电子信箱 |  | 移动电话 |  |
| 专业领域代码 | （请根据《专业、研究方向及涉及领域选项表》填写，如科研研究类专家填“A1-15-2”,检验检测类专家填“B1-2”，临床诊断、诊疗类专家填“C1-1-10”。如专家涉及多个根目录和子目录，则作多项依次填写。） |
| 研究或擅长领域 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 教育背景和工作 简历 |  |
| 科研成果 |  |
| 近五年论著，在 国内外权威专业 刊物上发表论文 情况 | 论文名称 | 刊物名称 | 期卷页 | 作者名次 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人过去和目前 在企业兼职或受 企业委托承担的 研发项目情况 |  |
| 本人保证以上信息真实、准确。本人签名： 年 月 日 |
| 档案所在单位或医疗器械相关协会、学会推荐意见 | 本表所填信息真实、准确，经我单位审核，同意推荐该同志成为浙江省医疗器械技术审评外聘专家。单位（盖章）年 月 日 |

浙江省药品监督管理局制