附件1

湖南省医学教育科技创新奖评审专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | （彩色小二寸免冠照片） | |
| 民族 |  | 籍贯 |  |
| 出生年月 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | | |
| 职务 |  | 职称 |  | 学历 |  |
| 毕业学校及专业 |  | 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 熟悉专业领域 |  | | | | |
| 申请专家类型  （可多选） | □①医学教育 □②医学科技  □③医学科普 □④医学创新 | | | | |
| 主要学术成就及管理工作经历（300字以内） |  | | | | |
| 主要  业绩成果 |  | | | | |
| 本人声明与承诺  1.本人愿意参与省医学教育科技学会安排的评审相关工作, 并遵守工作纪律。  2.本人所填写的内容、提供的材料真实可信。  本人签名  年 月 日 | | | | | |
| 推荐单位意见  单位盖章  年 月 日 | | | | | |

附件2

湖南省医学教育科技创新奖评审专家推荐情况汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 推荐单位（盖章）： | | | | | | |
| **序号** | **姓 名** | **性 别** | **专业方向** | **身份证号码** | **手机号码** | **申请类型（可填写**  **序号）** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |