慢性肾脏病一体化管理赋能项目

专家组成员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | 民 族 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 学历/学位 | |  | 政治面貌 |  |
| 职 务 |  | 技术职称/教学职称 | |  | 专 业 |  |
| 医院/单位 |  | | | | 医院等级 |  |
| 地 址 |  | | | | | 邮 编 |  |
| 联系电话 |  | | | | | E-mail |  |
| 主要学习和工作简历： | | | | | | | |
| 主要业绩及主要社会兼职（可另附页）： | | | | | | | |
| 本人签字：  年 月 日 | | | 本人所在单位主管部门意见：  （印 章）  年 月 日 | | | 国家卫生健康委能力建设和继续教育中心意见：  年 月 日 | |

（请将本人身份证复印在背面，本表请双面打印）

|  |
| --- |
| （请将本人身份证复印在此处） |