**附件1**

健康内蒙古12320名医直播和专家问诊专家库

专家推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　　名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  | | | 政治面貌 |  |
| 手机号码 |  | | | 最高学历 |  |
| 毕业院校 |  | | | 毕业时间 |  |
| 工作单位 |  | | 现任职务 |  | 专业技术职称 |  |
| 办公室电话 |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 所学专业 |  | | | | | |
| 现从事专业 |  | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | 邮编 |  |
| 专家类别 | 临床类 | ( ) | 具体专业 | | | |
| 口腔类 | （ ） | 具体专业 | | | |
| 中西类 | ( ) | 具体专业 | | | |
| 公共卫生类 | （ ） | 具体专业 | | | |
| 个人简历  （从高校入学开始） |  | | | | | |
| 现是否担任其他平台的名医直播或在线问诊节目类专家 |  | | | | | |
| 所在单位  审核意见 | 签字盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 盟市卫生行政部门审核意见 | 签字盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 自治区卫生计生委审核意见 | 签字盖章： 年 月 日 | | | | | |
| 本人承诺 | 我本人自愿参加健康内蒙古12320名医直播和在线问诊等相关工作，以认真负责的态度参与各项工作，并遵守法纪和有关部门管理规定，自愿接受有关部门的监督。 | | | | | |
|  | | | | 签名： |  |
| 年 月 日 | | | | | |