附件：

“世卫组织传统医学合作中心智库”专家人选推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 专 业 |  | | 学 位 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  | | 博导/硕导 |  |
| 工作单位 |  | | | | 所在部门 （科室） |  | |
| 通讯地址 |  | | | | 邮 编 |  | |
| 手 机 |  | | | | 电话/传真 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | |
| 在国际组织任职情况 |  | | | | | | | |
| 申报类别 | □专业智库 □管理智库 | | | | | | | |
| 专业工作经历、主要研究成果、获奖情况 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 本人承诺：所填信息全部属实。  本人签字：    年 月 日 | | | | 所在单位意见：  负责人签字：  盖章（二级单位）：  年 月 日 | | | | |

1. 请注明推荐单位名称；

2. 表中注明签字、盖章处不要空缺；

3. 此表可复印。