**广州市残疾预防及综合干预专家库入库专家**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 籍贯 |  | 相片 |
| 出生年月 |  | 年龄 | |  | 政治  面貌 |  |
| 最高学历  及毕业学校 |  | 学位 | |  | 专业 |  |
| 工作单位 |  | | | 职务/职称 | |  | |
| 研究领域 |  | | | 电子邮箱 | |  | |
| 移动电话 |  | | | 邮寄地址 | |  | |
| 参评类别 | 医学专家□  教育专家□  社会学专家□  辅助技术专家□  政策研究专家□ 精神康复专家□ | | | 专业方向  （申报医学、教育和辅助技术专家类填报，可多选） | | 肢体□ 智力□ 听力□  言语□ 视力□  精神□（孤独症□ 其他□） | |
| 工作简历和近年来所取得的学术技术成就 | | | | | | | |
| 工作时间 | 工作单位 | | 主要学术技术成就（获得的奖励、取得的科研成果和专利、发表的论文和专著、参加行业标准制订等） | | | | |
|  |  | |  | | | | |
| 申请人个人承诺 | | | | | | | |
| 本人愿意加入广州市残疾预防及综合干预专家库，积极参与残疾预防及综合干预相关工作，保证申报材料真实，认真履职，自觉遵守有关保密规定。  本人签字： 年 月 日 | | | | | | | |