**浙江省数理医学学会标准化专家库专家登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性 别 |  | 照片  （一寸照片）  电子打印或纸质 |
| 民族 |  | 出生年月 | 年 月 |
| 技术职称 |  | 评聘时间 | 年 月 |
| 身份证号 |  | | |
| 工作单位 |  | | |
| 行政职务 |  | 现从事工作 |  | |
| 通信地址 |  | | | |
| 联系电话 |  | 邮政编码 |  | |
| 电子邮箱 |  | | | |
| 毕业院校 |  | | | |
| 所学专业 |  | 毕业时间 | 年 月 | |
| 学历 |  | 学位 |  | |
| 有何专业  技术特长 |  | | | |
| 参与制修订国际标准、国家标准、行业标准、地方标准及团体标准从中所起作用的情况**/**参与科技项目开发或者科技项目咨询、服务从中所起作用的情况说明 | （请注明参与制修订的标准名称及代号）**/**（参与科技项目开发或者科技项目咨询、服务的名称） | | | |
| 有何发明、著作、学术论文，发表时间、发表刊物名称 |  | | | |
| 参加学术组织，  担任何职务 |  | | | |
| 个人声明  承诺登记表中所填写的职务、职称、学历等均真实、有效，并经过本单位核实。  申请人签字：  申请日期： 年 月 日 | | | | |
| 所在单位意见 | 负责人：  （盖章）  年 月 日 | | | |
| 学会意见 | 负责人：  （盖章）  年 月 日 | | | |