附件

福建省血液中心血液安全专家库成员推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 民族 |  | 籍贯 |  | 一寸免冠照片  照片 |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | 毕业时间 | |  | |
| 所学专业 | |  | | | 学位 | |  | | | 学历 |  | |
| 现从事专业 | |  | | | | | 专业技术职务 | | | |  | |
| 工作单位和部门 | |  | | | | | | | | 职务 |  | |
| 办公电话 | |  | | | | | | 手机电话 | |  | | E-mail： | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 工作经历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 专业特长 | |  | | | | | | | | | | | |
| 推荐意见 | | 推荐单位（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 以下栏目由福建省血液中心填写 | | | | | | | | | | | | | |
| 审核意见 | | 审核人签名 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 中心主任意见 | | 中心主任签名 年 月 日 | | | | | | | | | | | |