附件6

2019年度全市医药行业职称评审登记花名册

申报单位（公章）： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **单位名称** | **学历** | **取得现资格年限** | **申报资格名称** | **基础材料** | **论文****情况** | **继续教育完成情况** | **办公电话和传真****（必填项）** | **手机****（必填项）** | **单位通信****地址****（必填项）** | **电子邮箱****（必填项）** |
| **评审表** | **登记表** | **考核表** | **工作****报告** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填写要求：1.“基础材料”、“论文情况”、“继续教育完成情况”须量化。

 2.“取得现资格年限”一栏时间精确至月份。

 3.“论文情况”具体填写按**论文完成篇数（须为第一或独立作者）**。