附件4

自治区药品临床综合评价项目信息汇总表

推荐单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 申报人 | 性别 | 出生年月 | 政治 面貌 | 专业技术  职称 | 行政职务 | 专业领域 | 工作单位 | 项目名称 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **注：**1.**此表由地（州、市）卫生健康委和自治区卫生健康委直属直管单位填写；2.出生日期：填写格式为6位数字，如1968.11；3.政治面貌：限填中共党员、中共预备党员、共青团员、民革党员、民盟盟员、民建会员、民进会员、农工党党员、致公党党员、九三学社社员、台盟盟员、无党派人士或群众；4.可用Excel进行汇总。** | | | | | | | | | | |

联系人： 联系电话：