广东省卫生健康委委托项目

申 报 书

研究项目任务名称

专家团队负责人姓名

填 表 日 期

2024年3月

一、专家团队成员基本情况

|  |
| --- |
| 1．专家团队负责人基本情况 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 身份证号 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 学 历 |  | 研究专长 |  |
| 工作单位 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 手 机 |  | Email |  |
| 2．专家团队其他成员基本情况 |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 工作单位 | 学历（学位） | 职称（职务） | 研究专长 | 评估分工 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. 专家团队联络员联系方式 |
| 姓 名 | 手 机 | 办公电话 | 传真电话 | Email |
|  |  |  |  |  |

二、专家团队成员近3年来相关工作经历及成果

三、研究工作方案