附件2

广东省卫生健康委交流合作处

委托项目申报书

项 目 名 称 ：粤港医生交流计划

单位负责人：

申 报 日 期：

2025年 月

一、机构基本情况

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.机构负责人基本情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 年 龄 |  | | 民 族 | |  |
| 政治面貌 | |  | | | 身份证号 | |  | | | | | | | |
| 职 务 | |  | | | | | 职 称 | |  | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 邮 编 |  | | |
| 手机号码 | |  | | | | | | | E-mail | |  | | | |
| 2.项目团队其他成员基本情况 | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 年龄 | 工作单位 | | | | | 职称  （职务） | | 专长 | | 工作分工 | |
|  |  | |  |  | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | | | | |  | |  | |  | |
| 3.项目团队联络员联系方式 | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | 手 机 | | | | 办公电话 | | 传真电话 | | | | Email | | |
|  | |  | | | |  | |  | | | |  | | |

二、项目团队近3年来卫生健康领域相关工作成果