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