**附件2**

**重庆市中医药学会工作委员会委员（专家）推荐表**

**(名老中医工作委员会）**

填表时间 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 工作单位及职务、职称 |  | 从事专业 |  |
| 毕业院校及所学专业 |  | 学 历 |  |
| 身份证号 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  |
| 综合情况（学术成就及专长、承担课题、获奖情况、代表性专著等） |
| 候选人所在单位意见盖 章年 月 日 | 区县中医药学会意见 盖 章年 月 日 |
| 重庆市中医药学会意见盖章年 月 日 |

注：此表统一用 A4 纸打印或填写。