附件

**中药质量鉴定技术研修班（第十届）推荐表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 | 年 月 日 |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 手机 |  | 传真 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮件 |  |
| 被推荐人承担过或正在承担的国家、省部级中医药课题名称、来源及编号 |  |
| 推荐部门 |  | 联系人 |  |
| 电话 |  | 传真 |  | 电子邮件 |  |
| 个人简历和专业背景（可另附页）： |
| 工作单位意见：（公章） 年 月 日  | 推荐部门意见：（公章） 年 月 日  |

\* 请逐项如实填写，加盖公章后于10月15日前传真或电子邮件至中心