附件2：

广元市妇幼保健院第二届伦理委员会委员遴选报名表

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职称/职务 |  | 学历 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 专业 |  |
| 个人经历 |
|  |
| 专业团体/组织任职 |
|  |
|  本人签字： 年 月 日 |
| 医院审核意见 | 签字：年 月 日 |

注：遴选报名表发送至邮箱1833820075@qq.com。