附件2

湖南省医学会医学鉴定专家候选人信息统计表

（本表由推荐单位填写）

**单位名称（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性 别** | **出生日期** | **职 务** | **从事专业** | **职 称** | **担任技术职务时间** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

注：填写“从事专业”栏时，请按照推荐审批表中专业分类名称填写，本表复制有效。