非省属医疗卫生单位人员信息（中医科研系统）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位：  | 姓名： | 性别： |
| 身份证证件号码： | 民族：  |
| 专业：  | 职称：  | 学历： |
| 学位： | 最终学位授予国别或地区： | 办公电话： |
| 手机： | 电子邮箱： | 在读情况： |
| **附件：机构代码证（扫描件）** |

**注：**

**1、机构代码证须插入表格，验证单位合法性。**

**2、表格内相关信息必须填写完整才可录入系统作为项目参与人员。**

**3、填写完整后，发送至zyxm\_net@163.com邮箱。处理情况以邮箱方式回复。**