附件3

特殊医学用途配方食品注册咨询专家申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 2寸近期免冠照片 |
| **出生年月** |  | **民 族** |  |
| **政治面貌** |  | **身份证号** |  |
| **学 位****（提供复印件）** |  | **技术职称****（提供复印件）** |  |
| **工作单位** |  |
| **单位地址** |  |
| **所在部门** |  | **行政/技术职务** |  |
| **办公电话** |  | **传真** |  |  |
| **电子信箱** |  | **移动电话** |  |
| **拟进入专业组** | **□ 配方组 □ 生产工艺组 □ 质量与检验组 □ 临床组****（最多可选择2个专业组别，第一志愿请写“1”，第二志愿请写“2”）** |
| **专业方向** |  |
| **研究或擅长领域** |  |
| **教育背景和工作简历** |  |  |
| **与拟参报专家库工作职责有关的科研成果** |  |
| **与拟参报专家库工作职责有关的代表性论著、在****国内外权威专业刊物上发表论文情况** | **论文名称** | **刊物名称** | **期卷页** | **作者名次** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **以往参加特医食品注册审评工作情况** |  |
| **本人在特医食品生产经营企业、中介机构任兼职或受企业委托承担的特医食品相关研发项目情况** |  |
| **奖惩情况** |  |
| **本人保证以上信息真实、准确。如有不实之处，本人愿承担由此造成的一切后果。** 本人签名： 年 月 日 |  |  |
| **专家档案所在单位意见** |  经我单位审核，本表所填信息真实、准确，同意推荐该同志成为特医食品注册咨询专家。单位（盖章）年 月 日 |

国家市场监督管理总局食品审评中心制