附件1

**优质服务基层行推荐专家信息表**

省（区、市）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 职务 |  |
| 职称 |  | 单位 |  |
| 办公电话 |  | 手机号 |  |
| 专业领域 | （医疗机构管理、医疗、中医药、护理、医院感染管理、公共卫生、卫生计生监督、财务管理、信息管理等领域） | | |
| 专家简介（可另附页）： | | | |
| 以往参加医疗卫生机构评审评价的工作经历（可另附页）： | | | |