附件2

**老专家服务基层健康行动项目**

**专家信息采集表**

|  |
| --- |
| **基本信息** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 民 族 |  | 出生年月 |  |
| 技术职称 |  | 年 龄 |  |
| 专业名称 |  | 身体状况 |  |
| 常 住 地 |  | 联系电话 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 退休所在单位 |  |
| **工作经历（退休前10年）：**  **\*\*\*\*年\*月—\*\*\*\*年\*月 单位 职务** | |
| **意向援助机构排序** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 顺序 | 意向单位 | 意向时间 |
| 1 |  | 202 年 月至202 年 月 |
| 2 |  | 202 年 月至202 年 月 |
| 3 |  | 202 年 月至202 年 月 |
| 是否愿意在选择的意向援助机构范围外进行调剂 | |  |