附件

生物医药领域科技金融及成果转化专家推荐表

**单位（盖章）：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | | |
| 学历 |  | 毕业专业 |  |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 职务 |  | 职称 | （非必填） |
| 所在单位 |  | 所属省市 |  |
| 从业证书类型 |  | 证书编号 |  |
| 联系地址 |  | 邮编 |  |
| 主要工作经历 |  | | |
| 成果转化经验 |  | | |
| 主要业绩 |  | | |
| 参与有关工作 |  | | |