

# 四川天府健康产业研究院入库专家登记表

年 月 日

姓名		性别		民族	
出生年月		籍贯		身体状况	
原工作单位			职务（职称）		
学 历		现从事专业方向			
联 系 方 式	固定电话			电子邮箱	
	手机号码			传真	
	联系地点			邮编	
工 作 简 历					
取 得 的 成 果					
签名			审批		