**附件2：**

**专家信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 中文：  英文： | | | 性 别 | | | 男：□  女：□ | 职 称 | | | 中文：  英文： | | |
| 出生日期 | （年月日） | | | 政治面貌 | | |  | 邮编 | | | |  | |
| 电 话 | 座机：  手机： | | | 电子邮件 | | |  | | | | | | |
| 国 籍 |  | | 所在省（区、直辖市） | | | |  | | | | 所在  城市 | |  |
| 现任岗位和职务 |  | | 职称级别 | | | | □教授级  □高级  □中级  □初级  □助理级  □无 | | | | 单位  性质 | | □科研院所  □大专院校  □行业协会  □政府机构  □企业  □其他 |
| 英语水平 | □能担任口译 □一般会话 □能阅读 □基本不会 | | | | | | | | | | | | |
| 其他语种 | （如无，可不填） | | | | 其他语种熟练程度 | | | | | □能担任口译  □一般会话  □能阅读  □基本不会 | | | |
| 工作单位 | 中文：  英文： | | | | | | | | | | | | |
| 单位地址 | 中文：  英文： | | | | | | | | | | | | |
| 擅长领域（可多选，但不超过3项） | □假肢 □矫形器 □助行器 □个人卫生辅助器具 □轮椅车 □造口和失禁用辅助器具 □认知功能障碍者用辅助器具 □感觉功能障碍者用辅助器具 □保护组织完整性的辅助器具 □移动升降机 □康复辅助器具 分类和术语 □其他 | | | | | | | | | | | | |
| 所处行业领域 |  | 具体从事专业 | | | |  | | | 从事标准化工作年限 | |  | | |
| 最高学历 |  | 最高学位 | | | |  | | | 毕业院校 | |  | | |
| 在残康标委会担任职务 | □委员 □观察员 □顾问 □无 | | | | | | | | | | | | |
| 获重要奖项情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 标准化工作经历和主要业绩 | （重点介绍擅长领域主要业绩，包括但不限于标准、论文、著作、专利等情况） | | | | | | | | | | | | |