附件3

2025年全国老药工传承工作室建设项目专家申报汇总表

（中央财政支持单位）

单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 老药工专家基本信息 | | | | | | | 申报单位 | 工作室负责人信息 | | | | 是否联合建设（是请填写共建单位） |
| 姓名 | 性  别 | 民  族 | 出生  年月 | 职称 | 从事中药特色技术相关工作年限 | 联系电话 | 姓名 | 专业 | 职称/  职务 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2025年全国老药工传承工作室建设项目专家申报汇总表

（经费自筹单位）

单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 老药工专家基本信息 | | | | | | | 申报单位 | 工作室负责人信息 | | | | 是否联合建设（是请填写共建单位） |
| 姓名 | 性  别 | 民  族 | 出生  年月 | 职称 | 从事中药特色技术相关工作年限 | 联系电话 | 姓名 | 专业 | 职称/  职务 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |