附件：

启东市价格认定专家入库推荐报名表

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 免冠照片 |
| 学 历 |  | 职务（技术职称） |  |
| 身份证号码 |  |
| 熟悉专业领域 |  | 从事专业时间 |  |
| 工作单位 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 近三年主要工作经历及业绩 |  |
| 单位意见 | 单位意见：盖章：日期： | 本人愿意成为启东市价格认定专家库成员，服从工作安排，保证工作时间，在价格认定中做到科学、客观、公正。签名：时间： |
| 审核意见 | 年 月 日 |