

附件 1

云南省地震安全性评价报告技术审查 专家库专家信息表

姓 名		性 别		照 片
出生年月		学历学位		
毕业院校及 所学专业				
工作单位			工作年限	
职务职称			现从事专业	
审查专业	<input type="checkbox"/> 地震学 <input type="checkbox"/> 地震地质学 <input type="checkbox"/> 地震工程学 <input type="checkbox"/> 其它： <u> </u> （请注明）			
联系电话			电子邮箱	
通讯地址				
参与地震安全 性评价项目、 技术审查或相 关工作经历				
地震安全性评 价相关成果 （科研项目、 论文、著作、 标准、专利、 软件著作权、 科技奖励、研 究报告等）				
本人签名：			所在单位意见（盖章）：	
年 月 日			年 月 日	