洛阳市医学会第五届显微外科专委会委员候选人推荐表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 照片 |
| 民族 |  | | | 籍贯 |  | 政治面貌 | |  | | |
| 职务 | | | |  | | 技术职称 | |  | | |
| 身份证号 | | | |  | | | | | | |
| 工作单位及科室 | | | |  | | | | | | |
| 上届学会  任职 | |  | | | 入会时间 |  | | 会员证号 | |  | |
| 手机 | |  | | | 办公电话 |  | | 电子邮箱 | |  | |
| 主要学习经历： | | | | | | | | | | | |
| 学历 | | | | | 毕业时间 | | 院校 | | | | |
| 第一学历 | | |  | |  | |  | | | | |
| 最终学历 | | |  | |  | |  | | | | |
| 主要工作经历： | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 工作单位 | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| 单位意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | 筹备组审核意见：  审核签字：  年 月 日 | | | | 学会意见：  （盖章）  年 月 日 | | |

中华医学会专科会员申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | | 出生年月 | | |  | | 照片 |
| 政治面貌 |  | | 职务 | | | | |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | 从事专业 | | | |  |
| 技术职称 |  | | | | | | 所在科室 | | | |  |
| 办公电话 |  | | | 手机 | | | |  | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮政编码 | |  | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 单位意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | 学会意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | |