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 |