**佛山市医师协会分会成员推荐表**

**分会名称： 填表时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** | | |  | | | **出生年月** |  | | | | | | 相片 |
| **籍 贯** |  | **民 族** | | |  | | | **党 派** |  | | | | | |
| **学 历** |  | **学 位** | | |  | | | **职 称** |  | | | | | |
| **工 作**  **单 位** |  | | | | | | | **职 务** |  | | | | | |
| **通 讯**  **地 址** |  | | | | | | | **科 室** |  | | | | **邮**  **编** | |  |
| **从 事**  **专 业** |  | | | | | **手机** | |  | | | | **科室电话** | | |  |
| **医师资**  **格证号** |  | | **身份证号** | | | |  | | | **E-mail** | | | |  | |
| **学 习**  **简 历** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **工 作**  **简 历** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **曾获何种何级奖励或荣誉** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **已参加其**  **他社团名称及任职** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人签章：**  **年 月 日** | | | | **本人所在单位意见：**  **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | | | | **佛山市医师协会意见：**  **（盖 章）**  **年 月 日** | | | | |

1. 此表亦是会员登记表；2、未入会者须附医师资格证书复印件1份。