**南阳市医师协会第三届儿科医师分会委员候选人推荐表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | （请用正楷字  清晰填写） | | 性别 |  | 年龄 |  | | | 民族 | |  | 学历 | |  | 照片 |
| 单 位 |  | | | 职务 |  | | | | 职称 | |  | 党派 | |  |
| 从事专业及年限 | | |  | | | | | | 电话 | |  | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | 邮编 | |  | | | |
| 入本会时间 | | |  | | | | 会员证号码 | | | |  | | | | |
| 任哪一届人大代表或政协委员 | | | | |  | | | | 地方学会职务 | | | |  | | |
| 简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主  要  工  作  成  就 | （如本栏不足可另附纸） | | | | | | | | | | | | | | |
| 本  单  位  意  见 | 日期： （盖章） | | | | | | | 县市区学会意见 | | 日期： （盖章） | | | | | |

（此表可复印） 填表日期： 年 月 日

**注：1.为方便登记，请用正楷字清晰填写；**

**2.请于5月22日前上报南阳市医师协会办公室，[可填写后拍照发送至医师协会电子邮箱，原件开会时带来，邮箱地址：nyma777@sina.com](mailto:电子版请发至nanyangyxh@126.com)**