**南阳市医学会第二届重症医学分会委员候选人推荐表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | （请使用宋体填写清晰） | | | 性别 |  | 年龄 | | |  | | | 民族 |  | 学历 | |  |
| 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，请用宋体、仿宋或正楷字清晰填写；**

**2.请于9月12日前上报，邮箱地址：nanyangyxh@126.com**