**山东省卒中学会XXXX分会委员推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | | **出生年月** |  | **免冠一寸彩照** |
| **民族** |  | **专业** |  | | **政治面貌** |  |
| **职称** |  | | **职务** | |  | |
| **是否兼职本学会其他分会** |  | | | | | | |
| **联系方式** | **单位名称** |  | | | | **电话** |  |
| **单位地址** |  | | | | **邮编** |  |
| **E-mail** |  | | | | **手机** |  |
| **证件类型** |  | **证件号码** | |  | | | |
| **主**  **要**  **学**  **习**  **工**  **作**  **经**  **历** |  | | | | | | |
| **主要学术或科普论著、研究成果** | | | | | | | |
| **申请人签字**  **年 月 日** | | | **单位意见**  **盖章**  **年 月 日** | | | | |