**附件：**

**山东省卒中学会中青年理事遴选推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | 免冠一寸彩照 |
| **民族** |  | **政治面貌** |  | **是否现役军人** |  |
| **专业** |  | **职称** |  | **职务** |  |
| **毕业院校** |  | **学历/学位** |  |
| **联系方式** | **单位名称** |  | **单位电话** |  |
| **单位地址** |  | **微信号** |  |
| **电子邮箱** |  | **手机号** |  |
| **证件类型** |  | **证件号码** |  |
| **主****要****学****习****工****作****经****历** |  |
| **主要学术、科普论著、研究成果：** |
| **申请人签字****年 月 日** | **所在单位意见****盖章****年 月 日** |

**填写说明：**

1、候选人必须确保填写内容真实，经查实填报虚假内容，即按照有关规定取消任职资格。

2、所在单位意见：所在工作单位人事部门签署是否同意该同志在社会组织中兼职意见。依照本人单位有关规定审批或备案后，再加盖本人所在单位人事专用章。