**南海区医学会常务理事推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 出生年月 | |  | 照 片 |
| 性别 |  | | 学位 | |  |
| 职务 |  | | 学历 | |  |
| 专业技术职称 | |  | | | 从事临床年限 |  |
| 何时何校毕业 | |  | | | 专业及专长 |  |
| 工 作 单 位 | |  | | | | |
| 手机 | |  | | | 电子信箱 |  |
| 省市级学会职务 | |  | | | | |
| 单位推荐意见：  盖章： 年 月 日 | | | | | | |
| 卫生行政部门审核意见：  盖章：  年 月 日 | | | | 医学会审核意见：    盖章：  年 月 日 | | |