中国中医药信息研究会全科医学分会理事候选人推荐表

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | | 出生日期 |  | | | 本人近期  2寸照片 |
| 学历 |  | | | | | | | 职务/职称 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 手机 | |  | | | E—mail | |  |
| 微信 |  | | | | | | | | | | | |
| 现任本会职务 | | | | |  | | | | | | | |
| 本人主要简历 | | | | | | | | | | | | |
| 自何年月至何年月 | | | | 在何地区何单位 | | | | | | | 任何职务 | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | | | | | |  | |
| 本人所在单位人事部门意见 | | | | | | | | | | | | |
| （签章）  负责人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 所在分支机构  审批意见 | | （签章）  年 月 日 | | | | | | | | | | |

**填写说明：**

1. 认真详实填写，不得有误；
2. 现任本会职务一栏不填写；
3. 本人所在单位人事部门意见处，原则上由人事部门盖章，若医院社会兼职为其他科室负责，也可由其他科室盖章；
4. 将此表格word版和盖章扫描版同时发到邮箱：[qkyxfhmsc@126.com](mailto:qkyxfhmsc@126.com)，纸质版待会议时带至会场；
5. 申报截止日期：7月21日。