**附件1：**

**云南省中医药学会中医全科医师及继续教育专业委员会**

**委员推荐表**

编号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 党派 |  | 学 历 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 通讯地址 |  | 手机号码（必填） |  |
| 邮 编 |  | 电话 |  | 传 真 |  |
| 毕业院校 |  | 电子邮箱（必填） |  |
| 主要工作简历 |  |
| 候选人所在单位意见（签名、盖章） |
| 云南省中医药学会意见 （公章） |