**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） | | | | | | | | | | | | |