附件 1：

云南省中西医结合学会

眩晕病 专业委员会委员推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 (小一寸免冠) |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 党 派 |  |
| 毕业院校 |  | 专 业 |  | 职 称 |  |
| 工作单位及 科室(部门) |  | 从事专业 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 手 机 |  | 电子邮箱 |  | 会员证号 |  |
| 学会、协会 任职情况 |  |
| 工作简历 |  |
| 主要论著及 科研成果 |  |
| 本人签字： | 候选人所在单位推荐意见：负责人签字：盖章年 月 日 | 省中西医结合学会审批意见：负责人签字：盖章年 月 日 |

注： 请附寄会员证复印件，如未入会，请同时办理入会手续； 表中注明签字、盖章处不要空 缺； 此表可复印，简历及科研成果可另附页。

附件 2

云南省中西医结合学会会员申请表

编号： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 党派 |  | 籍贯 |  | 外语 |  |
| 职务职称 |  | 专科特长 |  |
| 工作单位 |  | 电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 最后学历 |  |
| 主 要 学 历 、简 历 | 起止年月 | 工作单位 | 职务职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要科研成果及代表作：(可加页) |
| 入会介绍人 | 1、 | 2、 |
| 申请人单位盖章 | 学会审批意见 |
| 申请人签章： |
| 备注： |