附件3

　　山东省转化医学学会个人会员申请表

 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 个人照片 |
| 民族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 专业及专业技术职务 |  |
| 工作单位 |  | 行政职务 |  |
| 通讯方式 | 单位地址 |  | 手机号 |  |
| 电子邮箱 |  | 微信号 |  |
| 主要教育经历 |  |
| 工作简历 |  |
| 主要社会兼职 |  |
| 主要业绩及科研成果 |  |
| 本人自愿加入山东省转化医学学会，成为该会会员，遵守该会章程和各项管理制度，行使会员权利，履行会员义务。 申请人签字：  年 月 日  |
| 单位意见：（盖章） 年 月 日 |