附件1

山东省转化医学学会耳鼻咽喉分会

委员候选人申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 个人照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  | 专业 |  |
| 专业技术职务 |  | 行政职务 |  |
| 身份证件类型 |  | 身份证件号码 |  |
| 联系方式 | 单位名称 |  | 座机号 |  |
| 单位地址 |  | 微信号 |  |
| 电子邮箱 |  | 手机号 |  |
| 主要学习工作经历 |  |
| 主要社会兼职 |  |
| 主要业绩及科研成果 |  |
| 申请人签字：年 月 日 | 单位意见：单位盖章年 月 日 |