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 | | | | |