附件2

山东省公共卫生学会康复医学分会

委员候选人推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **民 族** |  |
| **职 务** |  | **职 称** |  | **专 业** |  | **从事本专业 年 限** |  |
| **工作单位** |  | **单位地址** |  |
| **邮 编** |  | **工作电话** |  |
| **移动电话** |  | **电子信箱** |  |
| **学习及工作 简 历** |  |
| **学术业绩（论著、论文、成果等）** |  |
| **主要社会****兼 职** |  |
| **工作单位推荐意见****（签章）**  **年 月 日** | **省公卫学会意见****（签章）**  **年 月 日**  |

**注：本表一式两份。**

附件3

山东省公共卫生学会会员申请登记表

**会员证号□□□□□□□□□填表日期： 年 月**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **照****片** |
| **籍 贯** |  | **民 族** |  | **党 派** |  |
| **身份证号** | **□□□□□□□□□□□□□□□□□□** |
| **专 业** |  | **职 称** |  |
| **工作单位** |  | **职 务** |  |
| **单位地址** |  | **电 话** |  |
| **拟加入分会** |  |
| **最后学历** | **院　校　名　称** | **毕业时间** |
| **国内** |  |  |
| **国外** |  |  |
| **主要经历** |  |
| **主要科学****技术成果****著 作** |  |
| **社会兼****职情况** |  |
| **审查****意见** | **所 在 单 位** | **山东省公共卫生学会** |
| **（签章）**  **年 月 日** | **（签章）**  **年 月 日** |

注：本表一式两份，会员证号本人不用填。