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。