附件4

达州市预防医学会个人会员登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 | |  |
| 专业及特长 |  | | | 职称/职务 | |  |
| 工作单位 |  | | | 手机/邮箱 | |  |
| 联系地址 |  | | | 身份证号 | |  | |
| 最后学历 | 院 校 名 称 | | | | | 毕 业 时 间 | |
|  | | | | |  | |
| 主要经历 |  | | | | | | |
| 审查意见 | 推荐单位意见 | | | | 学会秘书处意见 | | |
| 盖章  年 月 日 | | | | 盖章  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | | | | | |