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 |  |