附件1

达州市预防医学会预防医学专家库成员推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 1寸免冠照片 |
| 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校 |  | 学历 |  | 专业 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 身份证号 |  |
| 其他社会职务 |  |
| 联系地址 |  |
| 邮政编码 |  | 邮箱 |  |
| 电话 |  | 手机 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 学术研究情况 |  |
| 本人声明 | 上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。 申请人（签名）： 年 月 日 |
| 单位推荐意见 |  （盖章） 年 月 日 |
| 学会意见 |   （盖章） 年 月 日 |