编号：

广东省医师协会分会（工作委员会）委员会委员二级单位推荐表

**分会名称：**

医学科研管理专业委员会

**届数：第** 1

**届 填表时间：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |   | **性 别** |   | **出生年月** |   |  |
| **籍 贯** |   | **民 族** |   | **党 派** |   |
| **学 历** |   | **学 位** |   | **职 称** |   |
| **工 作****单 位** |   | **职 务** |  |
| **通 讯****地 址** |   | **科 室** |   | **邮****编** |   |
| **身份证号** |   | **手机** |   | **科室电话** |   |
| **医师资****格证号** | （经沟通，如无医师资格证号，填写职称证号并上传相关证明材料亦可） | **E-mail** |   |
| **学 习****简 历** |   |
| **工 作****简 历** |   |
| **曾获何种何级奖励或荣誉** |  |
| **已参加其他社团名称及任职** |  |
| **本人签章：****年 月** | **日** |  | **本人所在二级单位意见：****（盖章）年 月** | **日** |  | **省医师协会意见：****（盖章）****年 月** | **日** |