附件2

**中国民族医药协会脑病分会**

**委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生日期** |  | **相 片**  **（一寸蓝底）** |
| **民 族** |  | **籍贯** |  | **学 历** |  |
| **科室/部门** |  | **职务** |  | **职 称** |  |
| **手 机** |  | | | **政治面貌** |  |
| **工作单位** |  | | | **身份证号** |  | |
| **通讯地址** |  | | | | | |
| **E-mail** |  | | | **微 信** |  | |
| **拟任**  **本会职务** | □委员 □常务委员 □副秘书长 □秘书长 □副会长 □会长 | | | | | |
| 本人主要工作简历 | | | | | | |
| **起止年月** | **工作单位及部门** | | | | **职务和技术职称** | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
|  |  | | | |  | |
| **科研成果获奖情况**  （包括国家级、部级、省级） |  | | | | | |
| **本人所在**  **单位意见** | 负责人（签章）： | | | | 负责人（签章）： | |
| **所在**  **分支机构**  **审批意见** | （签章）：  年月 日 | | | | （（签章）：  年月 日 | |

注：1．盖章扫描版发送邮箱：674532549＠qq.com

2．盖章纸质版邮寄地址：北京市朝阳区安贞西里深房大厦8B

3. 联系电话：张老师 17799998053