白求恩精神研究会医学科技创新分会·个人会员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 出生年月 |  | 二寸蓝底  彩照 |
| 民 族 | 政治面貌 | | 文化程度 |  | | 政治面貌 |  |
| 工作科室 |  | | 技术职称 |  | | 行政职务 |  |
| 身份证件类型 | |  | | 证件号 | |  | | |
| 手 机 |  | | | | | 邮 箱 |  | |
| 医院名称 |  | | | | | | 医院等级 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | 邮 编 |  |
| 专业特长及履历 |  | | | | | | | |
| 所在单位意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | | 协会批复意见：  （盖章）  年 月 日 | | | |

备注：请将盖章后的《会员申请表》PDF版发至yxkjcxfh@126.com