附件1:

**吉林省中医药学会委员候选人推荐表**

**（伤口管理专业委员会）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | | 出生年月 | | 民族 | | 党派 | | 学历 | 学位 |
|  |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 职务 |  | | 技术职称 | |  | | | | 专业 |  |
| 执业医师证号 | | 没有可不填 | | 入会时间 | |  | | 会员证号 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 简  历 | |  | | | | | | | | |
| 主要学术论文及科研成果 | |  | | | | | | | | |
| 候选人单位  意见 | |  | | | | | | | | |
| 省中医药学会审核意见 | |  | | | | | | | | |

1.请附寄执业医师复印件、会员证复印件,如未入会,请同时办理入会手续。

2.请在括号内填写专业委员会名称。3.此表可复印。