**山东省老年医学研究会神经介入专业委员会**

**委员推荐、入会申请表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | 出生年月 |  | 贴  照  片  处 |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | | | | 入会时间 |  |
| 职称职务 |  | | | | 会内职务 |  |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 所在科室 |  | | 研究方向 | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | |
| 邮政编码 |  | | | 联系电话\* |  | | |
| E- mail |  | | | | | | |
| 个  人  简  介 |  | | | | | | |
| 单位推荐意见 | 推荐单位盖章：  201 年 月 日 | | | | | | |
| 学会意见 | 学会盖章：  201 年 月 日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |

本表可到http://www.sdsasg.com/下载，填好后请寄山东省老年医学研究会，地址：250012 济南市历下区文化西路107号山东大学齐鲁医院657信箱 刘德山教授收。联系电话:13791122035。**请务必将电子版汇总表发送至sdsasg\_nxg@163.com**