**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**