**山东省健康管理协会 专业委员会 委员候选人推荐表**

填表日期： 身份证号码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 出生日期 |  | | 照 片 |
| 党派 | |  | 民族 |  | 学历 |  | |
| 职务 | |  | 职称 |  | 科室 |  | |
| 工作单位 | |  | | 电话 |  | | |
| E-mail | |  | | 手机 |  | | 邮编 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | |
| 院 校 名 称 | | | | | 毕业或肆业时间 | | | |
| 国内 |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| 国外 |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 推荐单位意见 | 单位盖章  年 月 日 | | | | | | | |