**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 |