**附件2**

**内蒙古医院协会口腔管理专业委员会**

**第一届委员推荐表**

2021年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | 出生年月 | | | |  | 身份证号 |  |
| 单位 | |  | | | | | 学历 | | |  | | 职务/职称 |  |
| 专业或  研究方向 | |  | | | | | | | | | | 政治面貌 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | | 邮编 |  |
| 电话 | |  | | | | | | | | | | 手机 |  |
| 传真 | |  | | | | | | E-mail |  | | | | |
| 主  要  工  作  简  历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 论  文  及  成  果 | （填写不下请另附页) | | | | | | | | | | | | |
| 已参加中华口腔医学会  哪些专业委员会（分会） | | | | |  | | | | | | | | |
| 单位意见 | | | 签名 盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 专业委员会（分会）  意见 | | | 签名 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 内蒙古医院协会意见 | | | 签名 盖章 年 月 日 | | | | | | | | | | |