|  |
| --- |
| 附表**锦江区医学会第二届中医药专委会委员候选人申报表** |
| 填表日期： 年 月 日 |
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 照片（可插入电子照片） |
| 性别 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | 技术职称 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  |
| 手机号码 |  | 邮箱 |  |
| 研究方向/专业 |  |
| 最高学历 | 起止年份 | 院校名称 | 学历 |
|  |  |  |
| 个人简历 |  |
| 其他学术团体任职情况 |  |
| 主要著作、学术论文（何时、何地出版或发表）及科研成果及获奖情况 |  |
| **本人承诺上述申报信息真实无误** 签名： 日期： |
| 所在单位意见 |  单位（印章）  年 月 日  |