山西省医师协会第四次会员代表大会

会员代表登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 免冠彩色  照片一张 |
| 身份证号 |  | | 执业证号 |  | |
| 工作单位及地址 |  | | | | |
| 职称/职务 |  | | | 联系电话 |  | |
| Email |  | |
| 个 社  人 会  简 任  历 职 |  | | | | | |
| 推  荐  单  位  意  见 | 负责人签章： （公章）    年 月 日 | | | | | |
| 省  医  师  协  会  意  见 | 负责人签章： （公章）    年 月 日 | | | | | |