附件1

**广西医师协会第二次会员代表大会代表（理事）推荐表（复印有效）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | 出生年月 | | |  | 照 片 | |
| 民 族 |  | | 学 历 | | |  | 专 业 | | |  |
| 职 务 |  | | 职 称 | | |  | 政治面貌 | | |  |
| 单 位 |  | | | | | 办公电话 |  | | | |
| 地 址 |  | | | | | | 微信号 | |  | | | |
| 手 机 |  | | | | | | E-mail | |  | | | |
| 拟推荐类别 | | 会员代表 □ | | | 理事候选人 □ | | 常务理事候选人 □ | | | | | 副会长□ |
| 本人简历、主要业绩及社会兼职： | | | | | | | | | | | | |
| 本人签字： | | | | 所在单位意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | 卫生主管部门意见：  （盖章）  年 月 日 | | | | |

备注：1、请在拟推荐类别中“□”打√；2、一式两份。