**附件1：**

云南省中西医结合学会会员申请表

编号： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 党派 |  | 籍贯 |  | 外语 |  |
| 职务职称 |  | 专科特长 |  |
| 工作单位 |  | 电话 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 最后学历 |  |
| 主要学历、简历 | 起止年月 | 工作单位 | 职务职称 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要科研成果及代表作：（可加页） |
| 入会介绍人 | 1、 | 2、 |
| 申请人单位盖章（必须盖章） | 学会审批意见 |
| 申请人签章： |
| 备注： |