山东省患者安全管理协会会员代表推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | 邮 编 |  | | |
| 手 机 |  | | | E-mail |  | | |
| 拟推荐  类别 | 会员代表 □ (注： 请在拟推荐类别中打 √ ) | | | | | | |
| 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 | | | 协会意见：  (盖章)  年 月 日 | |