**山东省患者安全管理协会**

**脑血管病专业委员会候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 近  照 |
| 身份证号 |  | | | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | | | 邮 编 |  |
| 毕业学校 |  | | | 学历学位 |  |
| 科 室 |  | 职务 |  | 职 称 |  | |
| 通信地址 |  | | | | 微信号 |  |
| 手 机 |  | | | 邮 箱 |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | |
| 所在单位  意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |

**注：**此表可复印