**附表一：**

**重庆市社会医疗机构协会个人会员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年 度 |  | 区县(自治县) |  | 代码 |  | 登记照（1寸） |
| 姓 名 |  | 身份证号 |  |
| 籍 贯 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 党 派 |  | 民族 |  | 技术职称 |  |
| 工作单位 |  | 单位 编号 |  |
| 科 室 |  | 单位等级 |  | 行政职务 |  |
| 单位地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位电话 |  | 手机 |  | 传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 何级何届人大代表、政协委员 |  |
| 是否硕士生/博士生导师 |  |
| 掌握何种外语、熟练程度 |  |
| 院校名称 | 毕业时间 | 学历 | 学位 |
| 国内 |  |  |  |  |
| 国外 |  |  |  |  |
| 专业 | 1 |  | 专业代码 | 1 |  |
| 2 |  | 2 |  |
| 3 |  | 3 |  |
| 主要工作经历 | 指在国内外从事医疗、科研、教育、管理等： |
| 所属专业委员会 | 1 |  |
| 2 |  |
| 入会时间 |  | 目前状况 | （在职、离退休、出国、调动、其他） |
| 审查意见 | 所在单位意见 | 协会组织工作委员会意见 |
|  盖章 年 月 日 |  盖章 年 月 日 |