附件： 专 家 申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称：内蒙古医院协会基层卫生分会 | | | | | | | | | | | 照片 |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | | | 出生年月 | |  |
| 民族 |  | 学历 | |  | 专业及年限 | | | | |  |
| 职务 |  | | | 职  称 | | |  | | | |
| 党派 |  | | | 电子邮箱 | |  | | | | 联系电话 |  |
| 单位 |  | | | | | | | | | 传  真 |  |
| 地址 |  | | | | | | | | | 邮  编 |  |
| 个人简历: | | | | | | | | | | | |
| 学术成就： | | | | | | | | | | | |
| 本人所在单位意见：               年  月  日 | | | 卫生行政部门意见（章）：            年 月 日 | | | | | | 内蒙古医院协会基层卫生分会审核：          年   月   日 | | |