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 |