**《澳台港中醫師聯合促進會》(簡稱:醫師聯會)**

**腦血管病變治療研究專業委員會**

**會員/幹部 申請表**

**(中國•澳門政府核准為非牟利專業醫生團體) ---(公告表格第:46號表格)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 省（市、自治區） 市 縣（旗） | | | | | | | | | | 像  （一寸藍底）  片 |
| 姓 名 | |  | 性別 |  | | 民族 |  | | |
| 籍 貫 | |  | 出生日期 | | |  | | | |
| 黨 派 | |  | 最高學歷 | | |  | 技術職務 | | |  |
| 所學專業 | |  | 畢業院校 | | |  | | | | |
| 工作單位 | |  | | | | | 行政職務 | |  | |
| 通訊地址 | |  | | | | | | 郵編 |  | |
| 電子郵箱 | |  | | | | | | 傳真 |  | |
| 手 機 | |  | 區號 | | |  | | 座機 |  | |
| 個人履歷 | 可另附頁 | | | | | | | | | |
| 入會資料 | 可另附頁 | | | | | | | | | |
| **本人意見：**  我自願申請**《澳台港中醫師聯合促進會》(簡稱:醫師聯會)/**  **腦血管病變治療研究專業委員會( )**，按醫師聯會相關專業委員會章程履行會員/幹部的責任和義務,謹請貴單位予以核審批准為荷。 此 致  申請人簽字： 手寫簽名  年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 審查意見 | 所在單位意見：  蓋章  年 月 日 | | | | **《澳台港中醫師聯合促進會》總會**  **腦血管病變治療研究專業委員會意見：**  負責人簽字：手寫簽名  年 月 日 | | | | | |
| 備註 |  | | | | | | | | | |

注：此表由相關腦血管病變治療研究專業委員會保存，表格請正反面列印。