温州市医学会新建专科分会申请表

申请时间：年月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 牵头人基本情况 | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | 出生年月 |  | |
| 民族 |  | | | 政治面貌 | |  | | 学历 |  | |
| 专业 |  | | | 职称 | |  | | 职务 |  | |
| 所在单位 |  | | | | | | | 所在科室 |  | |
| 联系地址 |  | | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 联系电话 | 座机：传真：手机： | | | | | | | | | |
| E-mail 或QQ |  | | | | | | | | | |
| 主要学习及工作简历： | | | | | | | | | | |
| 其他社团兼职： | | | | | | | | | | |
| 发起人 | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | 职称 | 职务 | | 联系电话 | | 所在单位 | | | 本人签字 |
|  | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  | |  | |  | | |  |
|  | |  |  | |  | |  | | |  |
| 牵头人所在单位意见：  （盖章）  年月日 | | | | | | | | | | |
| 温州市医学会审核意见：  （盖章）  年月日 | | | | | | | | | | |