**河南省中西医结合学会睡眠医学分会委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | 性别 | | 出生年月 | 民族 | | 党派 | | | 专 业 | | | | 技术职称 | 照片（一寸） |
|  | |  | |  |  | |  | | |  | | | |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | 职务 | |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 邮编 | |  | |
| 邮 箱 | |  | | | | 手机 | |  | | | | | 电 话 | |  |
| 是哪届人大代  表或政协委员 | | |  | | | | | 地方学会职务 | | | | | |  | |
| 主要工作成就及简介（包括技术专长、获得何种奖励及荣誉、医学成果） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | | | | 省级学会意见 | | | （盖章）  年 月 日 | | | |

1、请附寄会员证复印件，如未入会，请同时办理入会手续；

2、请注明所属分会名称；

3、此表可复印。