**附件：**

**山东省妇幼保健协会**

**分支机构委员候选人推荐表**

**分支机构名称:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生  年月 | |  | 照片 |
| 职务 |  | 职称 |  | 科室 | |  |
| 入本会情况 | |  | | 专业 | |  |
| 工作单位 | |  | | | | 手机 |  |
| 单位地址 | |  | | | | 邮箱 |  |
| 主要学历及  工作简历 | |  | | | | | |
| 主要学术论  著及科技  成果 | |  | | | | | |
| 在本会各级  及其它社团  任职情况 | |  | | | | | |
| 工作单位推荐意见  （单位人事部门盖章）  年 月 日 | | | |  | 山东省妇幼保健协会  （盖章）  年 月 日 | | |

**注：**1、**入本会情况**是指是否已加入**“山东省妇幼保健协会其他分支机构的某个职务”**。

2、单位意见盖章必须是**单位人事部门章或公章**（优先使用人事章），**否则不予认可。**

3、电子版扫描件发送所报分支机构联系人邮箱（无需提交纸质版）**。**

**附件：（仅需非会员单位提交）**

**山东省妇幼保健协会入会登记表(个人)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | **照片** | |
| 民族 |  | | | 出生日期 |  |
| 单位 |  | | | | |
| 手机 |  | | 邮箱 | |  | |  |
| 职务 | |  | 通信地址 | |  | | |
| 职称 | |  | 身份证号 | |  | | |
| 工  作  简 历  及  成  绩 | | 单位意见（章） | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | |