

# 山东省疼痛医学会



## XXXXXXX 专业委员会委员候选人推荐表

姓 名		性别		出生年月		一寸彩照
身份证号				政治面貌		
民 族		籍贯		学 历		
学 位				联系电话		
职 称				职 务		
工作单位				科室部门		
通讯地址					邮政编码	
邮 箱				研究方向		
学术成就、 学术兼职 (可自行附页)						
推荐人姓名				工作单位		
专 业				职 称		
推荐人意见						推荐人签名： 20 年 月 日
单位意见						单位盖章： 20 年 月 日
学会意见						学会盖章： 20 年 月 日
备注						

**填表注意事项：**1. 专委会（含青委会）成员候选人实行推荐制，推荐人应为相同专业具有高级职称的三级医疗机构的专家或总会秘书处。