**重庆市中西医结合学会第四次会员代表大会代表登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **最高学历** |  |
| **党派** |  | **民族** |  | **技术职称** |  | **博导□ 硕导□** |
| **组织关系所在党组织** |  | **身份证号** |  |
| **工作单位** |  | **科室** |  | **行政职务** |  |
| **单位地址** |  | **邮编** |  | **单位电话** |  |
| **移动电话** |  | **电子信箱** |  |
| **对本届理事会工作开展有何要求或建议：** |
| **所在单位意见** | **重庆市中西医结合学会意见** |
|  盖 章 年 月 日 |  盖 章 年 月 日 |