附件

**福建省口腔医学会第四届理事会理事候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 粘贴小2吋白底免冠照片 |
| 党派 |  | 籍贯 |  | 出生年月 |  |
| 中华口腔医学会会员证号 |  | 身份证号 |  |
| 最高学历 |  | 毕业院校 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 专业专长 |  |
| 工作单位 |  | 部门 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 移动电话 |  | 电子信箱 |  |
| 第三届理事会任职 | □常务理事 □理事 |
| 福建省口腔医学会专委会任职情况 | 专委会名称 | 职务 |
|  |  |
|  |  |
| 中华口腔医学会专委会任职情况 | 专委会名称 | 职务 |
|  |  |
|  |  |
| 境内、外其它学术团体兼职 |  |
| 主要学习经历 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 近五年主要学术成就 | （含著作、成果、专利、发表主要论文，可另加附页） |
| 本人意见 | 签章：年 月 日 |
| 所在单位意见 | 公章： 年 月 日 |
| 省口腔医学会意见 | 公章： 年 月 日 |