

附件 1

中国医师协会分支机构委员候选人审核表

中国医师协会分支机构名称：神经修复专委会						
姓 名		性 别		民 族		
出生年月		学 历		政治面貌		
科室及行政职务		职 称		专 业		
单 位						
地 址				邮 编		
联系电话				传 真		
E-mail				手 机		
医师资格证书编号				医师执业证书编号		
本人审核表、主要业绩及社会兼职（可另附页）： 						
本人签章：		本人所在单位人事部门盖章：		中国医师协会会员部审核：		
年 月 日		年 月 日		年 月 日		