上海市医学会资深会员申请表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月日** | | **年 月 日** | **照片** |
| **工作**  **单位** |  | | | **参加工作**  **时间** | | **年 月** |
| **职称** |  | | **状态** | **□在职 □退休 □返聘** | | |
| **手机** |  | **电子信箱** | |  | | |
| **单位**  **地址** |  | | | | | **单位邮编** |  |
| **家庭**  **地址** |  | | | | | **家庭邮编** |  |
| **现任或曾任本会理事会理事及以上职务或专科分会委员会副主任委员及以上职务情况** | | | | | | | |
| **签 名：** | | | | | | | |
| **填表时间：** | | | | | | | |
| **审查**  **意见** | **单位盖章** | | | | **医学会盖章** | | |
| **年 月 日** | | | | **年 月 日** | | |