**深圳市医院协会血栓与栓塞性疾病防治管理专业委员会**

**委员推荐表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  |
| **出生日期** |  | **政治面貌** |  | **学 历** |  |
| **职 务** |  | **职 称** |  | **手机号码** |  |
| **科 室** |  | **专 业** |  | **电子邮箱** |  |
| **工作单位名称** |  | **邮 编** |  |
| **工作单位通讯地址** |  |
| **工作单位联系电话** | **总机号码： 分机号码：** |
| **主要工作经历和业绩：** |
| **单位意见：**  **（盖章）** **年 月 日** |
| **深圳市医院协会审核意见：****（盖章）** **年 月 日** |

备注：

1、名额：每个单位推荐不超过2-8名委员候选人。

2、委员候选条件：

（一）委员所在单位应为深圳市医院协会会员单位；

（二）具备一定的组织实施本院血栓防治临床或管理相关工作；

（三）遵守深圳市医院协会章程和有关规定，热心参与并积极支持协会组织的各项活动；

（四）遵纪守法，身心健康。

3、候选主委、副主委、常委、委员、秘书均需填写此表格。

4、word 电子版和单位盖章后的扫描版发送至邮箱：381904698@qq.com。

5、推荐表纸质版（盖单位公章）请邮寄至深圳市人民医院重症医学科外科大楼（6号楼）三楼C区重症医学科二区，陈友莲 13794498212。