**深圳市医院协会麻醉学分会委员推荐表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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）具备一定的麻醉专业管理相关工作；

（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、候选会长、副会长、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：568004684@qq.com

5、推荐表纸质版（盖单位公章）请邮寄至深圳市龙岗区第四人民医院住院部五楼麻醉手术科，马明飞13724331506