**广东省老年保健协会胸部肿瘤整合防治专委会**

**委员推荐表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | | 民 族 |  | | 照  片 |
| 出生年月 |  | | 学 历 |  | | 专 业 |  | |
| 政治面貌 |  | | 职 称 |  | | 职 务 |  | |
| 所在单位名称 |  | | | | | | 任期1届 | | 4年 |
| 单位/家庭地址 |  | | | | | | 邮 编 | |  |
| 手 机 |  | | | | | | E－mail | |  |
| 主要工作经历： | | | | | | | | | |
| 科教部门 | |  | | | 联系电话 | | |  | |
| 推荐单位意见：      签字(盖公章) ：  2025年 月 日 | | | | | | | | | |
| 协会申批意见：  协会领导签字：  2025年 月 日 | | | | | | | | | |