**附件2**

**安徽省医师协会会员信息登记表**

推荐单位： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 文化程度 |  | 职务/职称 |  | 政治面貌 |  | | |
| 联系电话 |  | | | 电子邮箱 |  | | |
| 现工作  部门 |  | | | | | | |
| 个人简介 |  | | | | | | |
| 所在单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | 省医师协会意见 | （盖章）  年 月 日 | | |
| 备注 |  | | | | | | |