附件3

**山东省老年医学学会理事/常务理事推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍贯 |  | 政治面貌 |  |
| 最高学历 |  | | | 入会时间 |  |
| 职称职务 |  | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | 研究方向 |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 会内职务 | 🗌理事 🗌常务理事 | | | | | |
| E- mail |  | | | | | |
| 个  人  简  介 |  | | | | | |
| 单位推荐意见 | 推荐单位盖章：  年 月 日 | | | | | |
| 学会意见 | 学会盖章：  年 月 日 | | | | | |

本表可到http://www.sdsasg.com/下载，填好后请寄山东省老年医学学会，地址：：济南市市中区经七小纬二路71号，毕玮宸收，联系电话13561614535。务必将此表电子版发送至邮箱：sdsasg@163.com