安徽省卫生监督协会放射诊疗与检测技术管理

专业委员会委员推荐表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 从事专业及年限 | |  |
| 毕业院校 |  | | | | 学历 | |  |
| 单位地址 |  | | | | | | |
| 行政职务 |  | | | | 技术职称 | |  |
| 办公电话 |  | | | | 手机号 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | |  | |  |
| 工  作  简  历 | 申请人签名： | | | | | | |
| 所在单位推荐意见  （盖章）  年 月 日 | | 市卫生健康委意见  （仅限市级卫生监督机构负责人）  （盖章）  年 月 日 | | | | 协会审查意见  （盖章）  年 月 日 | |