附表 2：

红河州医学会肾脏病学专业委员会
第一届委员会候选委员推荐表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性　别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>民　族</td><td></td><td>籍　贯</td><td></td><td>学　历</td><td></td></tr>
<tr><td>职　务</td><td></td><td>职　称</td><td></td><td>专　业</td><td></td></tr>
<tr><td>工作单位</td><td colspan="3"></td><td>政治面貌</td><td></td></tr>
<tr><td>通讯地址</td><td colspan="3"></td><td>邮政编码</td><td></td></tr>
<tr><td>电子邮箱</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>入中华医学会时间</td><td></td><td></td><td>会员证号码</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>县市级以上学术组织职务</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">工作经历（指从事医疗、科研、教育、管理等）：</td></tr>
<tr><td colspan="6">申请人承诺：我保证上述填报内容的真实性。如果被批准为分会委员，我将遵守红河州医学会和专委会的有关规定，履行委员职责和义务，积极参加专委会会议及各项学术活动。
申请人签字：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">单位意见：

签字（盖章）：
年　月　日</td><td colspan="2">专委会意见：

签字（盖章）：
年　月　日</td><td colspan="2">州医学会意见：

签字（盖章）：
年　月　日</td></tr>
</table>