**北京医学教育协会会员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 出生年月 |  | | 民族 | |  | 照片 |
| 党派 |  | 职务 |  | | 职称 |  | | 学历 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 专业 |  | | | | |
| 单位地址 |  | | | | 身份证号 |  | | | | | |
| 单位电话 |  | | | | 邮编 |  | 手机 | |  | | |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | | | | |
| 主要工作领域 | 科研□ 医疗□ 教学□ 教育管理□ 其他□ | | | | | | | | | | |
| 主要工作经历 |  | | | | | | | | | | |
| 单位推荐  意见 | 公章 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 协会审批意见 | 主管领导签字 公章 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 推荐要求 | 推荐热心于医学教育事业的专业技术人员或教育管理工作者。 | | | | | | | | | | |