**中华便秘医学会理事申请表**

**年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 出生日期 | |  | | 照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | | 国籍 | |  | |
| 职 称 |  | 专 业 |  | | 手 机 | |  | |
| 年 限 |  | |
| 职 务 |  | 通讯联系地址 |  | | | | | |
| 单位名称 |  | | 毕业院校 | | |  | | | |
| 最高学历 |  | | 邮 编 | |  | | 电子邮箱 |  | |
| 在其他学术团体及担（兼）任的职务： | | | | | | | | | |
| 教育经历： | | | | | | | | | |
| 工作经历： | | | | | | | | | |
| 代表性成果（科研、教学、论文、著作）： | | | | | | | | | |
| 所获荣誉： | | | | | | | | | |
| 单位推荐意见：  (盖 章)  年 　月　　日 | | | | 中华便秘医学会意见：  （盖 章）  　年　 月　 日 | | | | | |

备注：1.此表电子版发送至邮箱（471871258@qq.com），纸质版必须用A4纸张填写打印。

2.邮寄地址：四川省成都市青羊区大墙东街152号；邮编：610015；王秀琳：13880460831。