附件

**社会办医自律监督委员会成员信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  | 照  片 |
| 出生日期 |  | 身份证号 |  | | | |
| 学历 |  | 职称 |  | | 政治面貌 |  |
| 所在机构 |  | | | | 职务 |  | |
| 擅长专业 |  | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | 联系邮箱 |  | |
| 社会任职 |  | | | | | | |
| 申请职务  （单选） | □主任委员□副主任委员□秘书长□副秘书长□委员（在□内√） | | | | | | |
| 本人主要简历、专业背景及主要成就（可另附页） | | | | | | | |
| 所在单位意见 | | | | 中国非公立医疗机构协会意见 | | | |
| （盖章）  年 月 日 | | | | （盖章）  年 月 日 | | | |