**山东省公共健康与艾滋病防治协会个人会员**

**登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 民族 |  | | 政治面貌 | |  | 照  片 |
| 出生年月 |  | 性别 |  | | 最高学历 | |  |
| 工作单位 |  | | | | 职称/职务 | |  |
| 通讯地址 |  | | | | 邮政编码 | |  |
| 从事专业 |  | | | | 工作年限 | | 年 |
| 联系电话 | （办） （手） E-mail ： | | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | |
| 个  人  意  见 | 签字：    年 月 日 | | | | | | | |
| 推荐  单位  意见 | （盖 章）  年 月 日 | | | 协会  审批  结果 | | （盖 章）  年 月 日 | | |

注：1.请粘贴照片；2.此表复印有效。