**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。