**山东省卫生保健协会老年康复专家委员会委员推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |  |
| 政治面貌 |  | 职务 |  | 职 称 |  |  |
| 毕业学校 |  | | | 学历学位 |  |  |
| 工作单位 |  | | | 电 话 |  |  |
| 手 机 |  | | | E-mail |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 主要工作简历  及学术成就 |  | | | | | |
| 所在单位意见 | （盖章）  年 月 日 | | | | | |

注：此表可复印