**四川省康复医学会听力与言语康复专委会**

**耳鸣眩晕 学组委员候选人推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月日 |  | | 籍贯 |  | 民族 |  |
| 党派 |  | 学历 |  | 职 务 |  | | | 职 称 |  | |
| 工作单位 | |  | | | 毕业院校 | | |  | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 邮 编 |  | |
| 邮箱 |  | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 其他社团任职情况 | |  | | | | | | | | |
| 专  业  特  长 |  | | | | 著  述  发  明 |  | | | | |
| 工作单位意见 | 年 月 日（章） | | | | 专  委  会  意  见 | 年 月 日（章） | | | | |
| 四川省康复医学会意见 | 年 月 日（章） | | | | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | |

说明：省、市人大代表，省、市政协委员，政府津贴，科技成果，出国进修情况等填入备注栏。

凡担任领导职务者（县处级及以上），由所在单位按干部管理权限上报，将批复复印件一并交学会存档。

学会通讯地址：成都市锦江区滨江西路8号世代锦江1栋2单元2102号 邮编：610041

电话（传真）：028-87013451 邮箱：[sckf1987@163.com](mailto:sckf1987@163.com) 学会网站：www.scarm.org.cn