附件一：

**山东省社会办医疗机构协会**

**肿瘤微创管理分会委员候选人**

**推荐表**

推荐序号： 推荐日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | |  | **性 别** |  | | | **民 族** | |  | 照  片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** |  | | | | | |
| **学 历** | |  | **职 称** |  | | | **政治面貌** |  | |
| **所在机构** |  | | | | | | **职 务** | |  | |
| **专 业** |  | | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子信箱** | |  | | |
| **手 机** |  | | | | | **微 信** | |  | | |
| **其他社会职务** |  | | | | | | | | | |
| **本人主要简历、专业背景及主要业绩：** | | | | | | | | | | |
| **本人签名** | | | | | **单位意见** | | | | | |
| **年 月 日** | | | | | **（印章）**  **年 月 日** | | | | | |

附件二：

**山东省社会办医疗机构协会会员单位**

**肿瘤微创学科建设情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | | | | |
| **机构地址** |  | | | **邮 编** | |  |
| **机构类型** | □综合医院 □专科医院 □其它： | | | | | |
| **机构规模** | 等级： 床位数： 员工数： | | | | | |
| **联 系 人** |  | **手 机** |  | **邮 箱** |  | |
| **肿瘤微创学科建设情况：**  **（附件盖章有效）**  **医疗机构：（印章）**  **年 月 日** | | | | | | |