运城市口腔医学会会员入会申请表

|  |
| --- |
| 基本资料 (“﹡”者为必填项目） |

﹡姓 名： ﹡性别：□男 □女 民族：

一寸免冠近照

党派： 出生日期： 年 月 日

﹡身份证件类型：□居民身份证 □其他证件

（**身份证号作为查询、识别唯一标记，请务必填写！**）

﹡证件号码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

最终学历：□博士 □硕士 □本科 □大专 □中专、高中

职 称：□教授 □主任医师 □副教授 □副主任医师 □讲师 □主治医师 □助教 □住院医师

□医师 □助理医师 □主任技师 □主任护师 □副主任技师 □副主任护师 □主管技师

□主管护师 □技师 □护师 □技士 □护士

资格证件类型： □医师资格证书 □医师执业证书

证书编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

专业特长： □牙体牙髓病学 □口腔颌面外科学 □口腔修复学 □口腔正畸学 □儿童口腔医学 □颌面医学影像学 □口腔种植学 □牙周病学 □口腔预防医学 □口腔黏膜病 □口腔麻醉学 □口腔病理学 □全科口腔医学

工作单位： 职务： 单位电话：

﹡手机号码： 邮 箱： 传真：

﹡通讯地址： 市 区（县） 路（镇） 号

﹡邮政编码： （**通讯地址、手机号码作为邮寄杂志等资料及与您联系的重要方式，请详细填写。**）

|  |
| --- |
| 个人简介（学习、工作经历）： |

|  |
| --- |
| 运城市口腔医学会联系方式： |

运城市口腔医学会地址

运城市禹西路（新中心医院西门对面）

电 话： 0359-6367068 6367968

邮箱：ycskqyxh@163.com

申请人签名： 申请时间：2015年 月 日