**参会回执单**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 职务/职称 |  |
| 工作单位 |  | | |
| 联系地址 |  | | |
| 移动电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 达到时间 |  | 住房要求 | 标间（）  拼房（是/否）  单间（） |

**四川省老年医学学会个人会员申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 民族 | | |  | 照片 | |
| 党派 | |  | | 职务 |  | | | 文化程度 | | |  | | | |
| 技术职称 | | |  | | | 专业 | |  | | | | | | |
| 工作单位 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 荣誉称号： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 详细地址 | | |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 电 话 | | |  | | | | 邮箱或QQ号 | | | | |  | | | | |
| 主  要  经  历 | 申请人（签名）：  年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 推  荐  单  位  意  见 | 盖章  年　月　日 | | | | | | | | 学  会  意  见 | 盖章  　　　　　　　年　月　日 | | | | | | |

编号：

注：1、四川省老年医学会联系方式：地址：成都市人民南路四段51号。电话：86278655 QQ： 128332989 邮编： 610041

2、学会意见栏由四川省老年医学会填写；

3、经审核、审批入会后，每年需缴纳个人会费（100元/年）；会员续交会费须于次年1月1日之前缴纳；也可一次性交5年。

4、首次入会缴纳一寸证件照2张，一张贴在表上，一张用于办理会员证。请仔细填写表中每一项，谢谢。

**四川省老年医学学会**

**老年结直肠癌专委会委员申请表**

会员证号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | | 民族 | | |  | 照片 | |
| 党派 | |  | | 职务 |  | | | 文化程度 | | |  | | | |
| 技术职称 | | |  | | | 专业 | |  | | | | | | |
| 现工作单位 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 荣誉称号： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它社会团体情况：（可写在背面或另附页） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 详细地址 | | |  | | | | | | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 电话（手机） | | |  | | | | 邮箱或QQ号 | | | | |  | | | | |
| 主  要  经  历 | 申请人（签名）：  年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 推  荐  单  位  意  见 | 盖章  年　月　日 | | | | | | | | 学  会  意  见 | 盖章  　　　　　　　年　月　日 | | | | | | |

注：1、四川省老年医学会联系方式：地址：成都市人民南路四段51号。电话：86278655 QQ： 128332989 邮编： 610041

2、学会意见栏由四川省老年医学会填写；请仔细填写表中每一项，谢谢。