附件：1

山东省学校卫生协会会员申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 出生年月 |   | 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 工作单位 |  | 职务/职称 |  |
| 毕业院校 |  | 最终学历 |  |
| 联系方式 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 主要工作简历 | （可另附页） |
| 申请人意见 | 本人自愿成为山东省学校卫生协会会员，遵守协会章程和各项规章制度，自觉履行协会赋予的权利和义务。申请人签字： 年 月 日 |
| 所在单位意见 | 本单位自愿申请加入山东省学校卫生协会，拥护和遵守协会章程及各项规章制度，并推荐上述人员为协会会员。法定代表人签字： 单位盖章： 年   月  日 |
| 教育主管部门推荐意见 | 盖 章：年  月  日 |
| 省学校卫生协会审批意见 | 盖 章：年  月  日 |