**CIPS医疗健康与生物信息处理专业委员会委员申请表**

|  |
| --- |
| **个人资料填写** |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 民族 |  |
| 身份证号 |  | 籍贯 |  |
| 教育程度 | 学位 |  | 学历 |  | 毕业院校 |  |
| 专业 |  | 毕业时间 |  |
| 单位名称 |  | 职 务 |  | 职 称 |  |
| 手 机 |  | 座机 |  | 传 真 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| **E-mail** |  |
| **个人工作简历** |
| 单 位 名 称 | 职 务 | 起 止 时 间 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 个人简介 |  |

批复决定及批复人： 申请人： 日期：