附表3

**内蒙古口腔医学会——内蒙古口腔医学人才奖申报表**

**（学会先进工作者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  |
| 学历 |  | 职称 |  | 学会任职 |  |
| 工作单位 |  | 现从事学科专业 |  |
| 联系电话 |  | 手机 |  | E-mial |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 先进事迹 |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 所在单位意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 所在二级学会意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 内蒙古口腔医学会意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |

**先进事迹材料**

**填表说明**

1、表格可根据个人情况增加内容复印有效

2、表格盖章有效，否则不予评奖