

附件

北京健康管理协会基层健康管理分会候选委员推荐表

单位名称					电子照片
单位地址					
联系人		联系电话			
联系 Email					
委员情况					
姓名		性别		出生日期	
民族		政治面貌		专业	
职称		职务		手机电话	
拟任职					
其他社团职务					
学习经历					
工作简历					
审查意见	所在单位意见：		北京健康管理协会意见：		
	公 章		公 章		
	年 月 日		年 月 日		