**昆明市医学会专科分会期满换届**

**申 请 表**

联系人： 电话：

|  |  |
| --- | --- |
| 拟换届专科分会名称 | 昆明市医学会 专科分会 |
| 上一届专科分会任期期间主要工作情况小结 |  |
| 换届筹备会主要情况 | 主要参会人员（上一届主要负责人）：主要议题： 负责人签字： 年 月 日 |
| 新一届分会推荐主要候选人 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 工作单位 | 专 业 | 职 称 | 职 务 | 联系电话 | 签 名 |
| 主任委员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 副主任委员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 副主任委员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 副主任委员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 副主任委员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 副主任委员 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学术会务部意见 |   负责人签字：  年 月 日 |
| 秘书长办公会意见 | 负责人签字： 年 月 日 |
| 常务理事会审议结果 | 负责人签字： 年 月 日 |