**内蒙古数字转化医学学会会员登记表**

会员登记号(由学会填写)：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 一寸电子照片 |
| 职称/职务 |  | 学历 |  | 专业 |  |
| 党派 |   | 加入时间 |  |
| 单位名称 |  | 身份证号码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮件 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 研究领域 |  |
| 参加其他科技群众团体或担任团体职务 |  |
| 近五年主要经历及工作业绩 |  |
| 申请人签章 | 内蒙古数字转化医学学会审批意见 |
|  |  |
| 备注：（1）填写好的会员登记表发送到学会邮箱szzhyxxh@163.com。 （2）学会办公室地址：内蒙古医科大学新华校区基础医学实验楼1楼东侧内蒙古医科大学数字医学中心办公室，邮编：010059，联系人：王星，联系电话：13948619601 |