附件2

中华中医药学会眩晕防治协同创新共同体委员申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 电话 |  |
| 毕业学校 |  | 学位 |  | 手机 |  |
| E-mail |  | | | 传真 |  |
| 单位 |  | | | 博导/硕导 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮编 |  |
| 备注： |  | | | | |
| 主要学术成就 |  | | | | |
| 中华中医药学会意见：  （公章）  年 月 日 | | | | | |