



CSCO会员申请表

个人资料

姓名_____ 姓名拼音_____ 性别_____
出生日期_____ 身份证号码_____ 证件类型_____
民族_____ 行政职务_____ 最高学历_____

学位

- MD(医学博士) MM(医学硕士) MS(医学学士) Ph. D(理学博士) Pharm. D(药学博士)
 RN(注册护士) 其他(请注明)_____

专业信息

技术职称

- 主任医师/教授 副主任医师/副教授 主治医师/讲师 住院医师/助教
 其他(请注明)_____

专业

- 肿瘤内科 肿瘤外科 肿瘤放疗 生物治疗 介入治疗 中西医结合 妇科肿瘤
 血液肿瘤 儿科肿瘤 核医学 临床药理 肿瘤护理 其他(请注明)_____

专业特长及研究方向

- 肺癌 食管癌 乳腺癌 胃肠道肿瘤 肝胆胰肿瘤 泌尿系肿瘤 子宫癌 卵巢癌
 脑肿瘤 骨肿瘤 白血病 淋巴瘤 头颈部肿瘤 其他(请注明)_____

执业证书 执业证书类别_____ 执业范围_____

专业工作时间分配(相加需为100%)

肿瘤专业工作内容 _____ 占用时间 _____ %

非肿瘤专业工作内容 _____ 占用时间 _____ %

您是否为其他专业学会会员? 1 是 2 否

所属学会 _____ 任职 _____

工作单位地址

工作单位全称 _____ 科室 _____
单位地址 省/自治区 _____ 市 _____ 区/县 _____ 街(注明门牌号) _____
邮政编码 _____ 电话(注明区号) _____ 传真 _____

家庭地址

省/自治区_____市_____区/县_____街（注明门牌号）_____

邮政编码_____电话（注明区号）_____传真_____Email:_____

通讯地址 (请选择使用地址) 单位地址 家庭地址

个人简历

学历(从大学阶段开始)

时间	学校	专业	学位
----	----	----	----

工作经历

时间	单位	专业	职位
----	----	----	----

培训(包括进修)

时间	单位	专业
----	----	----

获奖情况(省部级以上奖项)

时间	获奖名称
----	------

备注

申请人签名

年 月 日

CSCO审批意见 (签章)

推荐人签名

年 月 日

推荐人签名

年 月 日

年 月 日

填表须知

1. 申请人必须有 2 名 CSCO 正式会员推荐。
2. 请如实、详细填写 CSCO 会员资料和个人简历, 切勿潦草。
3. 请将“医师执业证书”和“专业技术职务任职资格证书”的复印件一并寄回。