**广东省视光学学会**

**专业委员会委员推荐表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 出生年月 | |  | 性别 |  | 籍贯 |  |
| 技术职称 | |  | 行政职务 | |  | 民族 |  | 党派 |  |
| 工作单位 | |  | | | | 单位电话 |  | | |
| 单位地址及邮编 | |  | | | | 身份证号码 |  | | |
| 手机号码 | |  | 微信号 |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 学会职务 | |  | 原参加专业委员会 |  | | | | | |
| 拟申请参加专业委员会 | | □视力保健专业委员会；□斜视弱视专业委员会；□眼屈光学专业委员会；  □隐形眼镜专业委员会；□屈光手术专业委员会；□低视力康复专业委员会；  □视光教育专业委员会；□视光眼镜专业委员会；□眼底影像专业委员会； | | | | | | | |
| 主要  学历  经历 |  | | | | | | | | |
| 主要  著作  论文 |  | | | | | | | | |
| 相关工作开展  （√） | □验光 □配镜 □眼科检查 □弱视治疗 □斜视手术 □角膜手术 □晶体手术  □角膜塑形术 □普查 □其他： | | | | | | | | |
| 单位  意见 | （盖章） 年 月 日 | | | | | | | | |

（版面不够可另附页）交回

**表格填写完整单位同意后，请快递到以下地址并来电通知**：

**学会办公室：**广州市白云区机场路12号广州中医药大学学术交流中心1202室

**电话/传真** ：020-86559787

**学会微信号：optometrygd 学会邮箱：**[**optometrygd@126.com**](mailto:optometrygd@126.com)

**联 系 人：**王幼生13503066240 / 梁顺萍13660178213

**学会网址：http://gdoa.org.cn**