《医学信息》通讯员自荐表

编号： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓    名 |  | 性别 | |  | | 年龄 | |  | 学 历 |  |
| 职 称 |  | 专业 | | |  | | | | 政治面貌 |  |
| 单位名称 |  | | | | | | | | 邮   编 |  |
| 所在科室 |  | | | | | | | | 现任职务 |  |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | |
| 办公电话 |  | | 传  真 | | | |  | | | |
| 手    机 |  | | E-mail | | | |  | | | |
| 研究方向  （可多选） | □心血管基础  □冠心病  □介入治疗  □血管再生/基因治疗/细胞治疗    □心律失常  □临床心电生理 / 起搏  □心力衰竭  □高血压  □糖尿病 □血脂   □先天性心脏病  □瓣膜病  □心肌疾病  □外周血管病  □心外科  □脑血管病/卒中  □肺循环 / DVT  □无创检查与影像医学  □心身医学  □心肺复苏与急危重症  □儿童心血管病  □营养  □流行病学  □预防医学  □其他 | | | | | | | | | |
| 您对本刊的其他意见与建议 |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：①要求认真填写，字迹清晰可辨，信息真实有效；②请另附上2寸免冠正装照片、本人简历、学术成果及社会职务；③电子版请发送至：2423585625@qq.com，联系电话：029-82628305。