

姓名	张志明	性别	男	出生年月	1968.9
民族	汉	政治面貌	中共党员	学历学位	本科、医学学士
工作单位及科室	寿县人民医院 麻醉科				
技术职称	主任医师	行政职务	党委委员		
身份证号	34242219670906013X	手机	13856485443		
传真座机	05542766013	电子邮箱	3301791144		
专长	临床麻醉、急救复苏、重症监测、疼痛诊疗				
通信地址	寿县人民医院党政办公室				
推荐单位意见	<p>我单位推荐_____张志明___同志加入中国心胸血管麻醉学会基层分会。</p> <p>推荐单位盖章：</p> <p>2026年 4月 29日</p>				



本人意见

本人自愿加入中国心胸血管麻醉学会基层委员会，遵守学会章程及各项规章制度，积极参与学会工作。

本人签字： 

2026年4月30日

中国心胸血管麻醉学会二级分会委员推荐表

