附件3

**中华预防医学会第六次全国会员代表大会**

**投票委托书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **第六届理事候选人** | **□ 是 □ 否** |
| **本人所在单位** |  |
| **理事推荐单位** |  |
| **手 机** |  | **邮箱** |  |
| **不能参会原因** |  |
| **受委托投票人姓名** |  | **单位** |  |
| **手 机** |  | **邮箱** |  |
| **受委托人为** | * **会员代表 □理事候选人 □其他**
 |

注：请不能参会的会员代表、第六届理事候选人填写，于2019年8月21日前将此表传真至：010-84039873。

 委托人签字：

 受委托人签字：

 2019年 月 日