附件2

**成都市医师协会单位会员入会申请表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| **法 人 代 表** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 政治面貌 |  | 专 业 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  | 学 历 |  |
| 电 话 |  | 传 真 |  | 手 机 |  |
| 简 历 |  |
| 主 要社会兼职 |  |
| 联 系 人 | 姓 名 |  | 科 室 |  | 职 务 |  |
| 手 机 |  | 传 真 |  |
| 其他联系方式（座机）： |
| E-mail： |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位性质、级别 |  | 创 建 时 间 |  |
| 病 床 数 量 |  张 | 临 床 科 室 |  个 | 医 技 科 室 |  个 |
| 现有医师人数 | 共＿＿＿ 人其中具有高级职称＿＿＿人，中级职称＿＿＿人，初级职称＿＿＿人。 |
| 单位基本情况及特色科室简介（可另附页） |  |
| 对成都市医师协会有何要求和建议 |  |

（请加盖单位公章）