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）