附件：

**中国非公立医疗机构协会慢性病管理分会**

**委员候选人所在机构信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | | |
| 机构地址 |  | | | | | 邮编 |  |
| 座机 |  | | | | 传真 |  | |
| 机构性质 | □公立 □非公立：□民营 □外资 □中外合资 □混制 □上市公司 □国有公司 | | | | | | |
| 机构规模 | 等级： 床位数： | | | | | | |
| 机构类型 | □综合医院 □专科医院 □其它医疗机构 □企业 | | | | | | |
| 法人代表 |  | 手机号 |  | | | 邮箱 |  |
| 联系人 |  | 手机号 |  | | | 邮箱 |  |
| 机构简介：（可另附页） | | | | | | | |
| 机构推荐意见 | | | | 中国非公立医疗机构协会意见 | | | |
| （印章）  年 月 日 | | | | （印章）  年 月 日 | | | |

**机构推荐代表信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | | 民族 | |  | 照  片 |
| 出生年月 | |  | 身份证号 |  | | | | | |
| 学历 | |  | 技术职称 |  | | | 政治面貌 |  | |
| 所在机构 |  | | | | | | 职务 | |  | |
| 机构关系 | □执业注册机构 □多点执业机构 | | | | | | | | | |
| 专业 |  | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | | | | | 电子信箱 | |  | | |
| 手机 |  | | | | | 微信号 | |  | | |
| 其他社会职务 |  | | | | | | | | | |
| 本人主要简历、专业背景及主要业绩（可另附页） | | | | | | | | | | |
| 本人签名 | | | | | 中国非公立医疗机构协会意见 | | | | | |
| 年 月 日 | | | | | （印章）  年 月 日 | | | | | |