**附件1：**

**中国非公立医疗机构协会互联网医疗健康分会成立大会**

**会 议 回 执**

|  |
| --- |
| 委员候选人(本人参会填写) |
| 姓名 |  | 手机 |  |
| 职务/职称 |  | 邮箱 |  |
| 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 代会者或非委员候选人填写 |
| 姓名 |  | 手机 |  |
| 职务/职称 |  | 邮箱 |  |
| 单位名称 |  |
| 航班信息（航班号、出发地、日期） | 来程：回程： |
| 同会者信息 |  |
| 预定住宿 | 预定住宿：□是 □否房型/数量：□大床（ ）□标间（ ）（房间价格均为650元／间，含单早）住宿时间：□1月5日 □1月6日 |

（此表可复制）

**附件2：**

**中国非公立医疗机构协会互联网医疗健康分会**

**委员候选人所在机构信息登记表（公立医院选填）**

|  |  |
| --- | --- |
| **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** |