附件1：

**中国非公立医疗机构协会疼痛专业委员会**

**第二届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□混合制□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 □检验机构 □健康管理机构 □企业 □其他 | | | | | | | |
| **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** | | | | | |

附件2：

**中国非公立医疗机构协会**

**会费缴纳回执单**

|  |
| --- |
| 汇款单位名称： |
| 发票抬头、税号： |
| 开票金额： （单位：元） |
| 汇款时间： |
| 会员证书名称（会员单位名称）： |
| 电子发票接收手机号码： |
| 电子发票和会员证书接收邮箱： |
| **（此处粘贴“汇款凭证截图”）** |

备注：如通过银行转账方式缴纳，请汇款后务必将银行汇款凭证和会费缴纳回执单发送至联系邮箱：hyzzb@cnmia.org。