附件1

**中国非公立医疗机构协会人文医学分会**

**第二届委员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□混合制□上市公司□国有公司 | | | | | | | |
| **机构规模** | 级别（如有）：床位数（如有）： | | | | | | | |
| **机构类型** | □企业 □医疗机构：□综合医院 □专科医院 □健康管理机构 □其它 | | | | | | | |
| **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人文医学分会**

**2021年全国学术年会参会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **委员候选人(本人参会填写)** | | | |
| **姓名** |  | **手机** |  |
| **职务/职称** |  | **邮箱** |  |
| **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** |  | | |

请参会代表于2021年8月5日前认真填写参会回执并反馈至联系邮箱，会议期间住宿、用餐、往返交通费用自理。

会议联系人：孙小茹 15863155078

亓庆国 15853169026

联 系 邮 箱：rwyx@cnmia.org

会务联系人：曾 光 18699128005

李永生 13518883035