附件1

**中国非公立医疗机构协会神经外科专业委员会**

**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 □混制 □上市公司 □国有公司 | | | | | | | |
| **机构规模** | 等级： 床位数： | | | | | | | |
| **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** | | | | |

**中国非公立医疗机构协会神经外科专业委员会**

**第二届委员会委员候选人申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | | | | | | | | | | | |
| **是否为神经外科专委会第一届委员会成员** | | | | | | | | | | **是 □ 否 □** | | |
| **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** | | | | | | | | | |