附件1

**中国非公立医疗机构协会专家信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **地区** |  | **学历** |  | 照片 |
| **学位** |  | **职称** |  | **政治面貌** |  |
| **单位** |  | **职务** |  |
| **身份证号** |  | **业务擅长** |  |
| **电子信箱** |  | **办公电话** |  |
| **通讯地址** |  | **移动电话** |  |
| **社会兼职情况** |  |
| **个人专业特长及成果介绍（可另附页）** |
| **申请人签名** | **中国非公立医疗机构协会审核意见** |
| 年 月 日  | （协会公章）年 月 日 |

附件2

**中国非公立医疗机构协会学员信息登记表**

|  |
| --- |
| **项 目 信 息** |
| **项目名称** |  | **申报单位** |  |
| **举办时间** |  | **举办地点** |  |
| **学 员 信 息** |
| **序号** | **学员姓名** | **性别** | **职称** | **所在省市（区）** | **工作单位** | **联系电话** | **身份证号** | **电子邮箱** |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |