附件2

**中国非公立医疗机构协会特约通讯员登记表**

 编号:（协会填写）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴照片处 |
| 邮 箱 |  | 政治面貌 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 手 机 |  | 微信号 |  |
| 所在单位 | （填写单位名称或所属分支机构名称） |
| 通讯地址 |  |
| 主要经历和新闻作品 | （可另附附件。） |
| **特约通讯员所在单位新闻负责人信息登记** |
| 姓 名 |  | 职 务 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 通讯员所在单位盖章 |
| 备注 | 通讯员和通讯员所在单位必须保证所投稿件来源真实可靠且无知识产权纠纷。如出现侵权行为，将自行承担相关法律责任。 |

**邮寄地址：**北京市西城区西直门南大街2号成铭大厦C座24层  **邮编：**100035

**电子邮箱：**douhongli@cnmia.org **联 系 人：**窦红丽 17865231077