附件： 中国非公立医疗机构协会介入医学分会

**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** |