**附件1： 中国非公立医疗机构协会医生集团分会**

**会员单位信息登记表**

 **编号：**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **单位地址** |  | **邮 编** |  |
| **座 机** |  | **传 真** |  |
| **单位性质** | **□国企 □外企 □合资 □民企** | **法人代表** |  |
| **单位网址** |  | **联系人** |  |
| **手 机 号** |  | **邮 箱** |  |
| **单位简介：（可另附页）** |
| **单位意见** | **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医生集团分会**

**单位代表信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |
| **工作单位** |  | **职 务** |  |
| **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（可另附纸）**   |
| **个人签名** | **中国非公立医疗机构协会意见** |
|  **（印章）**  **年 月 日** | **（印章）****年 月 日** |