中国非公立医疗机构协会特约通讯员登记表

**编号：**（由本会填写）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴照  片处 |
| 学历及专业 |  | 政治面貌 | |  | |
| 职 务 |  | QQ号 | |  | |
| 手 机 |  | 电 话 | |  | |
| 邮政编码 |  | E-mail | |  | | |
| 所在单位 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 主要经历 |  | | | | | |
| 通讯员  所在单位意见 | 单位领导签字： 单位盖章： | | | | | |
| 中国非公立医疗机构协会意见 |  | | | | | |
| **备注** | 通讯员须提供个人身份证复印件一张。 | | | | | |

**邮寄地址：**北京市西直门南大街2号成铭大厦A座14层H区 **邮编：**100035

**电子邮箱：**cnmia\_jt@126.com

**联 系 人：**王孜怡 **电话：** 010-66008810 **传真：**010-66008610