附件：1.江苏省社会办医疗机构协会专科会员申请表

**江苏省社会办医疗机构协会**

**专科会员申请表**

 **专科会员编号：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **照****片** |
| **出生年月** |  | **政治面貌** |  |
| **学 历** |  | **职 称** |  |
| **教学职称** |  | **行政职务** |  |
| **身份证号码** |  |
| **工作单位** |  |
| **通讯地址** |  | **联系电话** |  |
| **意向专委会** |  | **电子邮箱** |  |
| **相关领域****成 就** | **国内外主要学习经历：** |
| **社会任职：** |
| **学术任职：** |
| **国内外代表性学术论文明细：** |
| **发明创造及著作：** |
| **所获奖项及荣誉：** |
| **科研基金：** |
| **其他：** |
| **申请人单位意见：**  **盖章：** **年 月 日** | **协会意见：**  **盖章：** **年 月 日** |

**备注：**社会办医疗机构的申请人，所在单位需为本协会单位会员。