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。