附件:2.江苏省社会办医疗机构协会单位会员申请表

**江苏省社会办医疗机构**

**协会单位会员申请表**

**单位会员编号：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | | | | | | |
| **详细地址** |  | | | **邮 编** | | | | | |  | |
| **医疗机构等级** | □一级▁等医院 □二级▁等医院 □三级▁等医院 ☑其他 | | | | | | | | | | |
| **医疗机构类型** | □综合医院 □专科医院 □影像机构 □检验机构 □其他 | | | | | | | | | | |
| **医疗机构床位数** |  | **职工总数** | | | |  | | **建院时间** | | |  |
| **医疗机构性质** | □股份制 □民营 □中外合资 □国企出资 □外资 □其他 | | | | | | | | | | |
| **董 事 长** |  | | | **联系电话** | | | |  | | | |
| **院 长** |  | | | **联系电话** | | | |  | | | |
| **副 院 长** |  | | | **联系电话** | | | |  | | | |
| **副 院 长** |  | | | **联系电话** | | | |  | | | |
| **联 系 人** | **姓 名** | |  | | | | **职 务** | |  | | |
| **手 机** | |  | | | | **邮 箱** | |  | | |
| **医 院 简 介** |  | | | | | | | | | | |
| **医 院 简 介** |  | | | | | | | | | | |
| **单位盖章：**    **年 月 日** | | | | | **协会意见：**  **盖章：**  **年 月 日** | | | | | | |
| **备注：**  1.医院简介需包括登记时间、注册地、规模；  2.申请人除填写上表外，还需提供①医疗机构执业许可证（复印件，需加盖公章）、②法人登记证书或营业执照（复印件，需加盖公章）；③法定代表人身份证彩色扫描件（正反面）。 | | | | | | | | | | | |