**山东省社会办医疗机构协会**

**分支机构发起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** |  |
| **所在机构** |  | **职务** |  |
| **机构关系** | □执业注册机构 □多点执业机构 |
| **专业** |  |
| **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：** |
| **本人签名** | **山东省社会办医疗机构协会意见** |
| **年 月 日** | **（印章）****年 月 日** |