山东省社会办医疗机构协会

单位会员申请表

申请类型：□常务理事单位 □理事单位 □会员单位

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | 邮编 |  |
| 机构类型 | □综合医院（等级： ） □专科医院（等级： ） □门诊部  □诊所 □其他医疗机构 □企事业单位 □社会团体 | | | | | |
| 法定代表  人姓名 |  | 联系电话 | |  | 邮箱 |  |
| 联系人姓名/职务 |  | 联系电话 | |  | 邮箱 |  |
| 单  位  简  介 | （可另附页，盖章有效） | | | | | |
| 所在单位意见 ：  （盖章）  年 月 日 | | | 山东省社会办医疗机构协会意见：  （盖章）  年 月 日 | | | |