宁波市健康管理协会慢病康服分会

单位会员申请登记表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | 法定代表人 | |  |
| 申请类别 | 会长单位□ 副会长单位□ 理事单位□ 会员单位□ | | | | | | | | |
| 单位代表人姓名 |  | | 性别 | |  | | 出生年月 | |  |
| 国籍 |  | | 民族 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 学历 |  | | 职务 | |  | | 从事专业 | |  |
| 联系电话 |  | | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | |
| 入会介绍人 | 姓名 |  | | | | 手机 | |  | |
| 单位代表人简历 |  | | | | | | | | |
| 单位简介 |  | | | | | | | | |
| 申请单位意见  单位公章  年 月 日 | | | | 分会意见  分会公章  年 月 日 | | | | | |

|  |
| --- |
| （单位法定证照及单位会员代表人有效证件复印件粘连处） |

注：1、会员单位代表人有单位法人或指定负责人担任；

2、此表可至宁波市健康管理协会慢病康复服务分会官网https://www.nbkffw.com或协会PPT简介中扫码自行下载，双面打印填写并盖章后提交分会秘书处。

联系地址：宁波市鄞州区中兴路762号明州人门诊部三楼

联系人：陈亮（秘书处） 联系电话：19057970026

请将会费缴纳至：户名：宁波市健康管理协会；开户银行：中国银行股份有限公司宁波市鄞州支行；账号：359777639471.汇款后务必将汇单转发给分会秘书处，谢谢！