附件1

河南省医院协会第三届理事会理事申请表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 党 派 |  | 籍 贯 |  |
| 技术职称 |  | 职 务 |  | 文化程度 |  |
| 工作单位 |   |
| 联系方式 | 办： 手机： E-mail： |
| 工作单位 | 地 址 |  | 邮 编 |  |
| 经 营性 质 |  | 等级 |  | 机构许可证号 |  |
| 所在单位是否为河南省医院协会单位会员 | □是 □否 |
| 主要社会兼职 |  |
| 主要经历 |  |
| 单位意见 |   （盖章） 年 月 日 | 业务主管部门意见 |   （盖章） 年 月 日 |

附件2

河南省医院协会团体会员入会申请表

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_市:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  医院名称 |  |  地 址 |  |
| 邮 编 |  | 电 话 |  |  传 真 |  |
| E-mail |  |  医疗机构执业证书号 |  |
| 床位数 |  |  何时被评为几级几等 |  |
| 医院类型（类型下打对勾） |  综 合 |  专 科 |  企 业 |  部 队  | 民 营 |  其 他 |
|  |  |  |  |  |  |
| 院长姓名 |  |  手机 |  | 电话 |  |
| 联系人 |  |  手机 |  | 电话 |  |
| 交纳会费记 录 | 时间 |  |  |  |  |
| 金额 |  |  |  |  |
| 申请单位盖章  年 月 日 | 批准单位盖章 年 月 日 |

说明：缴纳会费情况、批准单位意见均由河南省医院协会填写。