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。