山西省医师协会单位会员申请表

编号： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | | |  | | | | | | | | | | |
| 组织机构代 码 | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位地址 | | |  | | | | | | | | | | |
| 单位电话 | | |  | | | | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 法人代表 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | | | 性别 |  | | 民族 | |  | 政治面貌 |  | |
| 学历 |  | | | | | 学位 | |  | | | 职称 |  | |
| 身份  证号 |  | | | | | | | | | 联系  电话 |  | | |
| 联系人 | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | | 所在科室  及职务 | | |  | | |
| 联系  电话 | |  | | | | | | 电子邮箱 | | |  | | |
| 单位基本情况 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位等级 | | | |  | | | | | | 职工  总人数 |  | | |
| 专职人数 | | | |  | | | | | | 专业技术人员数 |  | | |
| 博士数 | | | |  | | | 硕士数 | | |  | 高级职称人数 | |  |
| 中级职称  人数 | | | |  | | | 享受国务院特殊津贴人数 | | |  | 省优专家人数 | |  |
| 编制床位 | | | |  | | | | | | 实际开放床位 |  | | |
| 建筑面积 | | | |  | | | | | | 固定资产值 |  | | |
| 职能科室数 | | | |  | | 临床科室数 | | | |  | 医技科室数 |  | |
| 省重点学科数 | | | |  | | 省重点专科数 | | | |  | 医科大重点学科数 |  | |
| 省重点实验室（个） | | | |  | | 中心（个） | | | |  | 项目（项） |  | |
| 年门急诊人次数 | | | |  | | | | | | 年出院人数 |  | | |
| 主要业务  活动情况 | | | |  | | | | | | | | | |
| 申请理由 | | | | 单位盖章    年 月 日 | | | | | | | | | |
| 副会长单位 | | | | 是 否 | | | | | | 常务理事单位 | 是 否 | | |
| 理事单位 | | | | 是 否 | | | | | | 单位会员单位 | 是 否 | | |
| 应缴纳会费金额（元） | | | |  | | | | | | | | | |
| 会员部意见  签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | 协会意见  签字(盖章)：  年 月 日 | | | |