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 |