**福建省医学会单位会员信息登记表**  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（加盖公章） | | |  | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | | |
| 电话号码 |  | | | | | 邮政编码 | | |  | | |
| 科技人员数 |  | | | 其中高级职称 人 | | | | | 中级职称 人 | | |
| 会员人数 |  | | | | | | | | | | |
| 每年按标准自愿上交单位会费金额（大写） | | | | | | |  | | | | |
| 单位负责人 | 姓 名 |  | | | | | | 职务职称 | | |  |
| 单位联系人  （秘书） | 姓 名 |  | | | | | | 科 室 | | |  |
| 性 别 |  | | | | | | 电话号码 | | |  |
| 审查意见 |  | | | | | | | | | | |
| 批准时间 | 年 月 日 | | | | 单位会员证编号 | | | | |  | |
| 经审定每年应交单位会费金额（大写） | | | | |  | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | |

填表人： 填表时间： 年 月 日