附件一：

山东省卫生保健协会会员单位申请表

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | 社会统一信用代码 | | | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 经营地域 | |  | |
| 单位性质 |  | 联系电话 | | |  | | | 行业类别 | |  |
| 电子邮箱 |  | | | | | | | 邮政编码 | |  |
| 法人姓名 |  | 职务 |  | | | 政治面貌 | |  | | |
| 身份证号 |  | | | | 联系电话 | | |  | | |
| 业 务  范 围 |  | | | | | | | | | |
| 申 请  理 由 |  | | | | | | | | | |
| 注册资金 |  | | | | 申请类别 | | | 会员单位 | | |
| 会员单位代表人 | 姓名 |  | | 职务 | |  | | 政治面貌 | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | 联系电话 | |  |
| 申请  单位  签章 | 盖章  年 月 日 | | | | 协会  审核  意见 | | | 盖章  年 月 日 | | |

山东省卫生保健协会制

请将此表加盖公章，并将电子版发送到邮箱：[wsbjxh@126.com](mailto:shandongbaojian@163.com),联系电话：0531-82679977