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,联系电话：0531-82679977