附件2

河南基层卫生人才医教协同发展联盟

成员入会申请表

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **组织机构代码** |  |
| **地 址** |  |
| **单位类型** | **□公立 □私立**  | **□综合 □专科** |
| **法人代表** | **姓 名** |  | **职 务**  |  | **专业方向** |  |
| **出生年月** |  | **职 称** |  | **移动电话** |  |
| **联系人** | **姓 名** |  | **职 务**  |  | **邮 编** |  |
| **传 真** |  | **EMAIL**  |  | **移动电话** |  |
| **重点科室****（5个以内）** |  |
| **单位基本情况** | **医院建于 年，占地 亩，编制床位 张，实际开放床位 张，设置 个临床及医技科室，职工 人，专业技术人员 人，其中高级职称专家 人。** |
| **单位意见** | **本单位自愿加入河南基层卫生人才医教协同发展联盟，拥护联盟章程，履行联盟成员义务，执行联盟大会的决议，参加联盟的活动，接受联盟的监督，共同维护联盟成员的合法权益，共同做好联盟的组织建设。****单位盖章： 法定代表人签名：**  **年 月 日** |
| **联盟****理事会意见** |  **年 月 日** |