附件3

达州市预防医学会单位会员申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  | 邮编 |  |
| 机构性质 | 国有 |  | 民营 |  | 其他 |  |
| 单位类别 | 疾控 |  | 妇幼保健 |  | 执法监督 |  |
| 医疗机构 | 等级 | 科研院校 |  | 企业 |  | 其他 |  |
|  |
| 法人代表 |  | 电话 |  | 电邮 |  |
| 联 系 人 |  | 电话 |  | 电邮 |  |
| 单位情况简介 |  |
| 单位意见 |  签字（盖章） 年 月 日 |
| 学会秘书处意见 | 秘书长签字 年 月 日 |