**厦门市药学会团体会员入会申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章） |  | 单位地址 |  |
| 员 工情 况 | 总数 | 从事药学专业人员总数 | 正高职称人数 | 副高职称人数 | 中级职称人数 | 初级职称人数 |
|  |  |  |  |  |  |
| 法人代表情况 | 姓名 | 性别 | 联系电话、手机、传真、E-mail |
|  |  |  |
| 联系人情 况 | 姓名 | 性别 | 联系电话、手机、传真、E-mail |
|  |  |  |
| 拟参加团体会员级别 | □副理事长单位 □常务理事单位 □理事单位 □会员单位 |
| 市 药学 会意 见 |  年 月 日 |
| 备 注 |  |

填表人： 申请时间: 年 月 日

附：1、企业许可证复印件（药品生产、经营企业）；

1. 企业营业执照复印件；
2. 企业负责人身份证复印件。