**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。