个人会员申请表

会员证编号: 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 手机： | 固话： | 传真： |
| 邮箱： | | QQ： |
| 性别： | 籍贯： | 出生年月： | 民族： | 政治面貌： |
| 单位名称： | | | 职务： | 职称： |
| 邮寄地址 |  | | | 邮编： |
| 专业领域 | ○手术器械 ○医用软件 ○医用成像 ○体外诊断 ○齿科器材  ○消毒设备 ○康复理疗 ○医用高分子 ○医用包装 ○卫生材料  ○消化内镜 ○血管器械 ○外科植入 ○医学数据分析 ○创新服务  ○移动智慧医疗 ○眼科及视光学 ○护理 ○3D打印 ○整形美容  ○经营 ○其它（请注明） | | | |
| 所在  单位性质  （打√） | ○大专院校 ○科研院所 ○医疗机构 ○事业单位  ○其它非营利性组织 | | | |
| 个人简介 |  | | | |
| 申请人签章：  年 月 日 | | | | |

**填表说明：**

协会将对表中内容进行保密，仅在协会内部使用，请如实填写。

**（请将本人身份证/军官证/护照复印件粘贴在此处）**

|  |
| --- |
| **（请正反面打印）** |