**附件 广西医学会单位会员入会申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 单位所在地区 | 所在市 |  | 所在区/县 |  |
| 单位地址 |  |
| 邮 箱 |  | 电话 |  |
| 单位基本情况 | 医院床位数 |   | 执业医师人数 |  |
| 医院等级 |  | 医院性质 | 公立 □ 私立 □  |
| 法人基本信息 | 姓名 |  | 职务 |  |
| 职称 |  | 电话 |  |
| 联系人基本信息 | 姓名 |  | 职务 |  |
| 职称 |  | 电话 |  |
| 申请单位意 见 | （盖章）  年 月 日 |
| 广西医学会审核意见 |  （盖章）  年 月 日 |

编号：

**注：表格请填写完整，没有内容请填“无”。广西医学会邮寄地址：南宁市兴宁区新民路59号太阳广场A座803，0771-2803063。**