**福建省医学会单位会员信息登记表**  NO\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（加盖公章） |  |
| 通讯地址 |  |
| 电话号码 |  | 邮政编码 |  |
| 科技人员数 |  | 其中高级职称 人 | 中级职称 人 |
| 会员人数 |  |
| 每年按标准自愿上交单位会费金额（大写） |  |
| 单位负责人 | 姓 名 |  | 职务职称 |  |
| 单位联系人（秘书） | 姓 名 |  | 科 室 |  |
| 性 别 |  | 电话号码 |  |
| 审查意见 |  |
| 批准时间 |  年 月 日 | 单位会员证编号 |  |
| 经审定每年应交单位会费金额（大写） |  |
| 备 注 |  |

填表人： 填表时间： 年 月 日