|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | | 职工人数 | |  | | 椅位总数 | |  | |
| 单位地址 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 单位性质 | | 医院□ 门诊部□ 口腔材料□ 器材供求□ 牙齿加工□ 其他 | | | | | | | | | | | | |
| 法定代表人 | | 姓名 | |  | 性别 | | |  | | 学历 |  | | 政治面貌 |  |
| 出生年月 | |  | 技术职称/单位职务 | | | | |  | | | | |
| 联系人 | 姓名 |  | 职务/职称 | |  | | | | | 邮箱/QQ号 | |  | | |
| 固定电话 |  | | | 联系电话 | | |  | | | | | | |
| 单位简介：  （注：（同时提交法人登记证书和单位营业执照复印件一份，并加盖公章） | | | | | | | | | | | | | | |
| 申请内容： | | | | | | | | | | | | | | |
| 入会单位承诺：  我单位自愿加入浙江省口腔医学会单位（团体）会员，坚决遵守学会章程，履行会员义务，按时缴纳会费，积极参加学会各项活动。  （签字或盖章）  年 月 日 | | | | | | 学会审批意见：  （签字或盖章）  年 月 日 | | | | | | | | |

**浙江省口腔医学会**

**单位（团体）会员入会申请表**