|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 手机号 |  |
| 出生年月 |  | 职务 |  | 邮箱 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 职务 |  | 手机号 |  | 单位电话 |  |
| 单位简介：（注：（同时提交法人登记证书、单位营业执照复印件、法人身份证复印件各一份，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会员入会申请表**