**杭州市医学会单位会员申请表**

申请单位盖章： 负责人签字： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 |  | 职工人数 |  |
| 法人代表 |  | 电 话 |  |
| 单位性质 | 事业 企业 | 级 别 |  |
| 邮 箱 |  | 传 真 |  |
| 地 址 |  |
| 联系人 |  | 手 机 |  |
| 邮箱 |  |  |  |
| 组织机构代码 |  | 注册资金 |  |
| 申请意向 |  |
| 学会意见 |  批准日期： 年 月 日 |

请附单位统一信用证（扫描件）