深圳市慢性病防治研究会团体会员申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 类型 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 法人代表 |  | 性别 |  | 职务 |  |
|  | 学历 |  | 职称 |  |
| 联系人 |  | 职务 |  | 办公电话 |  |
|  |  | 手机 |  |
| 申请单位简况 |
| 经营范围 |  |
| 单位意见 | （单位公章）负责人签名： 年 月 日 |
| 备注 |  |