

附件 3:

中国非公立医疗机构协会病理学专业委员会
委员候选人所在机构信息登记表

机构名称					
机构地址				邮编	
座机			传真		
机构性质	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 非公立: <input type="checkbox"/> 民营 <input type="checkbox"/> 外资 <input type="checkbox"/> 中外合资 <input type="checkbox"/> 混合制 <input type="checkbox"/> 上市公司 <input type="checkbox"/> 国有公司				
机构规模	等级: 床位数:				
机构类型	<input type="checkbox"/> 综合医院 <input type="checkbox"/> 专科医院 <input type="checkbox"/> 检验机构 <input type="checkbox"/> 健康管理机构 <input type="checkbox"/> 其它医疗机构				
法人代表		手机号		邮箱	
联系人		手机号		邮箱	
机构简介: (可另附页)					
机构推荐意见			中国非公立医疗机构协会意见		
(印章)			(印章)		
年 月 日			年 月 日		

机构推荐代表信息登记表

姓名		性别		民族		照片
出生年月		身份证号				
学历		技术职称		政治面貌		
所在机构				职务		
机构关系	<input type="checkbox"/> 执业注册机构 <input type="checkbox"/> 多点执业机构					
专业						
联系电话				电子信箱		
手机				微信号		
其他社会 职务						
本人主要简历、专业背景及主要业绩（可另附页）						
本人签名				中国非公立医疗机构协会意见		
年 月 日				（印章） 年 月 日		