**个 人 入 会 申 请 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 职称 | | | |  |
| 所在单位名称 |  | | | | | 职务 | | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | | | | | | | |
| 联系电话 |  | 微信号 | | |  | | | 联系邮箱 | |  | |
| 主要从事工作 |  | | | | | | | | | | |
| 申请类型 | 分会：副会长□；理事□；会员□ | | | | | | | | | | |
| 专委会：副主委□；常务理事□；理事□；委员□ | | | | | | | | | | |
|  | 上海长三角医疗器械产业发展促进会：  我申请加入促进会成为会员，并申请成为分会/专委会的 ，请审核接纳为盼。  申请人签字：  日期： 年 月 日 | | | | 所在单位  意见并盖章 | | | 日期： 年 月 日 | | | |
| 促 进 会  审批意见 | 日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | | | |

填写说明：

1、表中内容严格保密，仅在促进会内部备案登记，请如实填写。

2、入会申请表及专家信息登记表一并填写后，请快递至：

上海市宝山区江杨南路880号B5栋/蔡珺怡/159 0196 0813

3、请将入会申请表的电子扫描件同其他电子版材料一起，用邮箱发送至邮箱: caijunyi@sd-mda.org.cn。

4、促进会联系人：医疗器械应用技术专委会 蔡珺怡 159 0196 0813