**入 会 申 请 表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  | 员工人数 |  |
| 单 位负责人 |  | 负 责 人联系电话  |  |
| 联系人姓 名 |  | 联系人电 话 |  | 联系人邮 箱 |  |
| 业务范围（主营） |  |
| 申请类型 | 副会长单位 □； 理事单位□； 会员单位□。 |
| 单 位负责人签 字 | 上海长三角医疗器械产业发展促进会：经研究，我单位决定申请入会，成为会员单位，请审核接纳为盼。单位负责人签字： | 单位盖章 | 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，请各单位如实填写。

2、入会申请表填写并盖章后，请快递至：

上海市松江区G60科创云廊2号楼13层/盛董芸139 1840 2812

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

4、促进会联系人：对外合作联络部（会员部）

盛董芸 139 1840 2812 或191 0163 9830