附件4

山东省转化医学学会单位会员申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位通讯地址 |  |
| 申请会员类别 | ☐ 普通单位会员 ☐ 理事单位 ☐ 常务理事单位 |
| 统一社会信用代码 |  | 单位收入/年 |  |
| 单位性质 |  | 员工人数 |  |
| 单位负责人 |  | 手 机 |  |
| 职务/职称 |  | E-mail |  |
| 推荐代表人 |  | 手 机 |  |
| 职务/职称 |  | E-mail |  |
| 单位简介（限600字内）： |
| 本单位自愿申请加入山东省转化医学学会单位会员，坚决拥护学会章程，遵守学会规定，履行会员义务，参加各项活动，提升服务能力，促进本行业发展。法定代表人（签章）： （单位盖章）：年 月 日  |
| 学会审核意见：山东省转化医学学会（盖章）： 年 月 日 |