**山东省民营口腔医疗机构协会**

**个人会员入会申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 单位 |  | 职务职称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 电话 | 手机号： 单位： |
| 微信 |  | 邮箱 |  |
| 主要工作经历 |  |
| 申请人签字 | 申请人签字： 年 月 日 |
| 协会意见 |  |

申请日期： 年 月 日

注释：个人入会：申请人准备《个人入会申请表》、身份证复印件发送至济南市市中区腊山工业园18-26号董威收 电话：13370519876；电子版证件照发送至15689729017@163.com，请备注好姓名。