领导：

 您好，我是山东省民营口腔医疗机构协会秘书董在威。

申请加入协会需要准备资料如下：

1. 由本单位负责人填写的“单位会员入会申请表”（已附表）并加盖本单位公章。且单位简介不少于100字。
2. 加盖本单位公章的三证复印件（工商营业执照、税务登记证书、医疗机构执业许可证）。
3. 负责人基本情况表
4. 负责人个人入会申请表
5. 个人电子版证件照一张（可邮箱发回，注明姓名）

 以上纸质版请各邮寄到 济南市市中区白马山街道腊山工业园18-26号 董在威收

 联系人：董在威 电话：13370519876/15689729017

 邮箱：15689729017@163.com

附件1：**山东省民营口腔医疗机构协会**

 **会员单位负责人基本情况表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |  |  | 附电子版彩色证件照 |
| 出生年月 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 出 生 地 |  |
| 入 党时 间 |  | 参加工作时间 |  | 政治面貌 |  |
| 专业技术职务 |  | 熟悉专业有何专长 |  |
| 学 历 | 全日制教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 学 位 | 在 职教 育 |  | 毕业院校系及专业 |  |
| 本人人事关系所在单位及职务 |  |
| 简历 | 示例：（请删除后填写）19XX.XX-19XX.XX (工作经历及职务，时间上要有连续性)19XX.XX-19XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性）19XX.XX-19XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性）19XX.XX-20XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性）20XX.XX-20XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性）主要社会兼职：1、XXXXXXXX2、XXXXXXXX3、XXXXXXXX4、XXXXXXXX5、XXXXXXXX6、XXXXXXXX |

附件2：**山东省民营口腔医疗机构协会**

**单位会员入会申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 社团名称 | 山东省民营口腔医疗机构协会 |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  |
| 资质等级(可选) |  | 成立时间 |  |
| 法 定代表人 |  | 职务 |  | 通 信邮 编 |  |
| 负责人姓　名 |  | 职务 |  | 电话 | 办：手： |
| 联络人姓名 |  | 职务 |  | 电话 | 办：手： |
| 负责人邮箱 |  | 负责人微信 |  |
| 单位网址 |  |
| 单位简介 | 法定代表人签字：（单位盖章）年 月 日 |
| 审批意见 |  |

协会推荐职务： 申请日期： 年 月 日

注释：单位入会：申请人准备加盖本单位公章的《单位会员入会申请表》并附加盖单位公章的三证复印件（工商营业执照、税务登记证（三证合一可不交税务证）、医疗执业许可证）、身份证复印件、电子版证件照（证件照以后制作通讯录使用）

附件3： **山东省民营口腔医疗机构协会**

**个人会员入会申请表**

协会推荐职务： 申请日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | 示例：（请删除后填写）19XX.XX-19XX.XX (工作经历及职务，时间上要有连续性)19XX.XX-19XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性）19XX.XX-19XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性）19XX.XX-20XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性）20XX.XX-20XX.XX （工作经历及职务，时间上要有连续性） |
| 申请人签字 | 申请人签字： 年 月 日 |
| 协会意见 |  |

注释：个人入会：申请人准备《个人入会申请表》、身份证复印件及电子版证件照。