**山东省亚健康防治协会单位会员登记表**

填表时间： 年 月 日

|  |
| --- |
| **单** **位** **信** **息** |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位性质 | □ 事业单位 □ 企业单位 □ 社会组织 □ 其他 |
| 所属行业 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 成立时间 |  | 注册资金 | 万元 □认缴 □实缴 |
| 联系部门(人) |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 单位网址 |  |
| 会员证编号 |  | 入会时间 |  |
| 隶属分支(代表)机构 | □有 □否 如有隶属机构名称： |
| 协会中会员单位性质 | □副会长单位 □机构主(副)委单位 □普通会员单位 |
| **参与协会工作负责人信息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  | 民 族 |  |
| 法定代表人 | □是 □否 | 协会职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 其他社团任职 |  |
| 政治面貌 | 中共党员 □是 □否 （选“否 ”无需填写以下内容） |
| 入党时间 |  | 转正时间 |  |
| 所属党组织 |  |
| 现党内职务 |  | 曾任党内职务 |  |
| 是否同意将组织关系转入协会 | □是 □否 |
| 注：若单位有多名负责人参与协会工作，可复制 “负责人信息 ” 栏补充填写，需注明 “新 增负责人 ”。 |
| **单位声明及盖章** |
| 本单位承诺所提供信息真实有效，如有虚假，愿承担相应责任。单位盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_ 日 |