**山东省亚健康防治协会分支(代表)机构登记表**

填表时间： 年 月 日

|  |
| --- |
| **机** **构** **信** **息** |
| 机构名称 |  |
| 办公地址 |  | 机构类型 | □分支机构 □代表机构 |
| 批准文号 |  | 批准时间 |  |
| 证书编号 |  | 机构负责人任命文号 |  |
| 联系部门(人) |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 机构网址 |  |
| 主要业务范围 |  |
| 经费来源 |  |
| **机** **构** **负** **责** **人** **信** **息** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  | 民 族 |  |
| 工作单位 |  | 单位职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 机构中职务 |  | 协会中职务 |  | 协会会员证编号 |  |
| 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 |

|  |
| --- |
| **机** **构** **人** **员** **和** **组** **织** **架** **构** |
| 工作人员 | 总数： 人。其中，专职： 人，兼职： 人 |
| 中共党员人数 |  | 是否成立党组织 | □是 □否 |
| 机 构 领 导 成 员 登 记 |
| 姓 名 | 职 务 | 工 作 职 责 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 注：机构领导成员如填写不下，可按上述表格内容增加附表即可。 |
| 机 构 工 作 人 员 登 记 |
| 姓 名 | 岗位职务 | 岗 位 职 责 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 注：机构工作人员如填写不下，可按上述表格内容增加附表即可。 |
| **机** **构** **声** **明** **及** **盖** **章** |
| 本机构承诺所提供信息真实有效，如有虚假，愿承担相应责任。机构盖章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_ 日 |