**山东省亚健康防治协会个人会员登记表**

填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基** **础** **信** **息** | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 身份证号 |  | |
| 联系地址 |  | | | 联系电话 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | |
| 单位职务 |  | 技术职称 |  | | 民 族 |  |
| 联系电话 |  | | 电子邮箱 |  | | |
| 会员证编号 |  | | 入会时间 |  | 协会任职 |  |
| 隶属分支(代表)机构名称 | |  | | | 机构中职务 |  |
| 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 | | | |
| **声** **明** **及** **签** **名** | | | | | | |
| 本人承诺所提供信息真实有效，如有虚假，愿承担相应责任。  签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年\_\_\_\_月\_\_\_\_ 日 | | | | | | |