**昆明医学会团体会员入会申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请入会单位名称 |  |
| 通讯地 址 |  | 邮编 |  |
| 法人代 表 |  | 职称 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 联系人 |  | 部室 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 单位性质（√） | 事业单位 企业单位 其他（ ） |
| 单位科技人员结构情况： |
| 单位硬件及科室建设情况： |
| 入会单位审批意见：  单 位（盖章） 年 月 日 |
| 学术会务部初审意见 | 年 月 日 | 昆明医学会审核意见 | 年 月 日 |

注：请自愿申请加入团体会员的单位将此表填好盖章后，请送交：昆明医学会学术部（昆明市环城南路双龙新村243号，电话：0871-63535955）.