江苏省老年医学学会企业会员申请表

**编号：${HY\_ID}** **填表日期：${CREATETIME\_CN}**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** | | **中文** | **${CPY\_NAME\_CN}** | | **成立时间** | | | **${CPY\_CREATE\_TIME}** | |
| **英文** | **${CPY\_NAME\_EN}** | | **工商注册号** | | | **${CPY\_GSZCH}** | |
| **企业性质** | | **{1} 私营 {2} 集体 {3} 联营 {4} 三资 {5} 国有 {6}其他： ${CPY\_TYPE\_OTHER}** | | | | | | | |
| **所属行业** | | **{a1} 农林渔牧业 {a2} 商贸 {a3} 房地产 {a4} 制造业： {b4}**  **{a5} 服务业： {b5} {a6} 其他行业： {b6}** | | | | | | | |
| **单位地址** | | **${CPY\_ADDR}** | | | | **邮政编码** | | | **${CPY\_UB}** |
| **法人（负责人）情况** | | | | | | | | | |
| **姓名** | **职务** | | | **联系电话（办公/手机）** | | | | | |
| **${FR\_NAME}** | **${FR\_ZW}** | | | **${FR\_BGDH}/${FR\_PHONE}** | | | | | |
| **联系人情况** | | | | | | | | | |
| **姓名** | **职务** | | | **联系电话（办公/手机）** | | | **办公邮箱** | | |
| **${LXR\_NAME}** | **${LXR\_ZW}** | | | **${LXR\_BGDH}/${LXR\_PHONE}** | | | **${LXR\_EMAIL}** | | |
| **单位简介** | **${JL}** | | | | | | | | |
| **单位意见** | **（公章）**    **负责人签字： 年 月 日** | | | | | | | | |
| **学会审批意见** | | | | | | | | | |
| **（公章）**  **会长签字： 年 月 日** | | | | | | | | | |

**营业执照复印件**