江苏省老年医学学会企业会员申请表

**编号：** **填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **企业名称** | | **中文** |  | | **成立时间** | | | **年 月** | |
| **英文** |  | | **工商注册号** | | |  | |
| **企业性质** | | **□私营 □集体 □联营 □三资 □国有 □其他：** | | | | | | | |
| **所属行业** | | **□农林渔牧业 □商贸 □房地产 □制造业：**  **□服务业： □其他行业：** | | | | | | | |
| **单位地址** | |  | | | | **邮政编码** | | |  |
| **法人（负责人）情况** | | | | | | | | | |
| **姓名** | **职务** | | | **联系电话（办公/手机）** | | | | | |
|  |  | | | **/** | | | | | |
| **联系人情况** | | | | | | | | | |
| **姓名** | **职务** | | | **联系电话（办公/手机）** | | | **办公邮箱** | | |
|  |  | | | **/** | | |  | | |
| **单位简介** | **主营业务、主要产品等，营业执照复印件另附页** | | | | | | | | |
| **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**