附件2

河南省医院协会单位会员入会申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 地 址 |  |
| 邮 编 |  | 电 话 |  | 传真 |  |
| Email |  |
| 床位数 |  | 何时被评为几级几等 |  |
| 医院类型（类型下打对号） | 综 合 | 专 科 | 企业 | 社会办医 | 其 他 |
|  |  |  |  |  |
| 院长姓名 |  | 手机 |  | 电话 |  |
| 党委书记 |  | 手机 |  | 电话 |  |
| 联系人 |  | 手机 |  | 电话 |  |
| 交纳会费记录 | 时间 |  |
| 金额 |  |
| 申请单位盖章  年 月 日 | 批准单位盖章  年 月 日 |

说明：缴纳会费情况、批准单位意见均由河南省医院协会填写