附件2

加入广东省医药行业协会大健康产业融合促进工作委员会申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位电话 |  | 单位邮箱 |  |
| 申请等级 | □主任 □副主任 □委员 |
| 法人代表 |  | 出生年月 |  | 手机号码 |  |
| 委员姓名 |  | 职务/职称 |  | 政治面貌 |  |
| 出生年月 |  | 学历 |  | 手机号码 |  |
| 主营业务范围 |  |
| 单位盖章 |  负责人（签字）： 单位盖章： 年 月 日 |
| 协会审核意见 | 单位盖章 年 月 日 |