**大连市药学会团体会员入会申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 注册证类型 |  | 注册证号 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| 单位电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 法人 |  | 职务 |  | 手机 |  |
| 团体会员负责人 |  | 职务 |  | 手机 |  |
| 联系人 |  | 职务 |  | 手机 |  |
| 单位简介 |  |
| 业务范围 |  |
| 所在单位意见 |  本单位自愿成为大连市药学会团体会员，遵守学会章程和各项规章制度，积极参加本社会团体活动。 负责人签印： 盖章：  年 月 日 |
| 大连市药学会审批意见 |  盖章：  年 月 日 |

请以A4纸正反面打印此表。

本表一式两份，一份由药学会存档，一份由申请单位保存。

联系方式：王鑫 0411-84648026 13998598543

Email：DLPAMSHC@163.COM

地址：大连市沙河口区五一路73号