**上海市医院协会第五届会员代表大会代表登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位全称** |  |
| **姓名** |  | **性 别** |  | **民 族** |  | **出生年月** |  | **党派** |  |
| **部门及职务** |  | **职称** |  |
| **学历** |  | **专 业** |  | **手机** |  |
| **座机** |  | **传 真** |  | **邮箱** |  |
| **地址** |  | **邮编** |  |
| **主****要****经****历** |  |
| **所在单位意见****盖章****年 月 日** | **协会审核意见****盖章****年 月 日** |

**注：已填写理事或常务理事登记表的请不必填写会员代表登记表，可附页填写，复印有效。**