**附件**

**中国老年保健协会**

**分支机构委员申请表**

分支机构名称：智慧医养专业委员会 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 政治面貌 |  | 文化程度 |  | 照 片 |
| 工作单位 |  | | | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 个  人  简  述 |  | | | | | |
| 单  位  意  见 | 签名 （盖章）  年 月 日  （此处需填写所在工作单位意见并加盖单位公章） | | | | | |
| 协会  审批  意见 | 签名 （盖章）  年 月 日 | | | | | |

中国老年保健协会制