**福建省医院协会医疗单位会员入会申请表**

 编号:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 地址 |  |
| 邮政编码 |  | 电话 |  | 邮箱 |  |
| 核准床位数 |  | 获得医疗机构执业许可证时间 |  年 月 日 |
| 职工总人数 |  | 医院等级（按设置许可） | 三级□ 二级□ 其他□ |
| 医院类型(以√表示) | 教学医院 □ | 综合医院 □ | 专科医院 □ |
| 医院隶属关系 |  |
| 院长姓名 |  | 党委书记姓名 |  |
| 副 院 长姓 名 | 1． | 4. |
| 2． | 5. |
| 3． | 6. |
| 联络人姓 名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 其他说明 |  |
| 单位（盖章） 年 月 日 | 福建省医院协会（盖章） 年 月 日 |