**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 | | | | | | | | |