单位会员申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位会员基本情况 | 单位名称 |  | | |
| 单位地址 |  | | |
| 经营范围 |  | | |
| 注册资金 |  | 单位性质 |  |
| 年营业额 |  | 法定代表人 |  |
| 联系电话 |  | E-mail |  |
| **单位简介** | | | | |
| 本单位自愿加入济南市康复医学会，成为该会会员，遵守该会章程和各项管理制度，履行会员权利和义务。  单位盖章：  法定代表人签字（盖章）：  年 月 日 | | | | |