个人会员申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 个人会员基本信息 | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 单位名称 |  | | |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 出生年月 |  | 身份证号 |  |
| 籍 贯 |  | 政治面貌 |  |
| 民 族 |  | 毕业院校 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  |
| 手机号码 |  | E-mail |  |
| **主要工作简介** | | | | |
| 本人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。  申请人签字：  年 月 日 | | | | |