附表2‌

中国医疗保险研究会信息化与大数据专业委员会个人会员入会申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 专委会名称 | 中国医疗保险研究会信息化与大数据专业委员会 | | |
| 基本情况： | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 单位名称 |  | | |
| 职务/职称 |  | | |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | 专业领域 |  |
| 学历/学位 |  | 毕业院校 |  |
| 手机号码 |  | 邮 箱 |  |
|  | 申请人签字：  日期： | | |
| 本单位承诺所提供信息真实、完整，符合公告中申请条件要求，如有虚假或隐瞒，本单位承担一切法律责任。 | | | |