附件2

中国医疗保险研究会医保医疗技术专业委员会

个人会员申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专委会名称 | 医保医疗技术专业委员会 | | | | |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | |
| 出生年月 |  | | 民 族 |  | |
| 单位名称 |  | | 部门/科室 |  | |
| 职 务 |  | | 技术职称 |  | |
| 社会职务 |  | | | | |
| 政治面貌 |  | | 专业领域 |  | |
| 办公电话 |  | 手机号码 |  | 邮 箱 |  |
| 职业经历 |  | | | | |
| 主要工作及标志性成果  申请人签字：  日期： | | | | | |
| 单位意见  单位签章：  日期： | | | | | |

本人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，本人承担一切法律责任。