青海省药学会团体会员入会申请表（2024版）

本单位自愿加入青海省药学会,并遵守会章及会内决议。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 年度 |  | | 编号 |  | |  |
| 单位名称 |  | | 社会信用代码 | |  |  |
| 单位地址 |  | | 营业执照有效期开始和结束时间 | |  |  |
| 会员类别 | |  |  |
| 单位法人姓名 |  | 身份证号码 |  | | 联系电话 |  |
| 分管药学工作的负责人姓名 |  | 身份证号码 |  | | 联系电话 |  |
| 与药学相关的主要业务 |  | | | | | |
| 相关专业中级职称以上人员数量 |  | | 执业药师人数（具有资格证） | |  | |
| 审 查 意 见 | 所在单位意见（本单位）    盖 章  年 月 日 | | 审批单位意见(省药学会)    盖 章  年 月 日 | | | |
| 备注 |  | | | | | |

**注：1.年度、编号、会员类别不用填写；2. 团体会员包括医疗机构、科研院所、高校、“两品一械”等相关单位和监管部门。**