**中国保健协会功能水分会**

常务副会长单位申请登记表

 省（市） 地区（市） 县 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通信地址 |  | 邮 编 |  |
| 企业法人 |  | 职 务 |  | 电 话 | 区号 |
| 联 系 人 |  | 职 务 |  | 手 机 |  |
|  | 职 务 |  | 手 机 |  |
| 电 话 | 区号 | 电 话 | 区号 | 传 真 | 区号 |
| 单位网址 |  | 电子邮箱 |  | 企业性质 |  |
| 职工总数 |  | 科技人员 |  | 设备状况 |  |
| 单 位 负 责 人 |
| 姓 名 | 年龄 | 性别 | 职 务 | 职 称 | 技术专长 | 党派 | 会员证号码 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 产 品 简 介 |
| 品 名 | 年产量 | 年产值 | 年利润 | 供 销 地 域 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 申请入会单位意见：  （公章） 年 月 日 | 介绍人意见：签名：  | 中国保健协会审核意见： （公章） 年 月 日 |

本表由中国保健协会存档 （本表可复印）