**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）