附件1：

**中国药师协会单位会员申请表**

 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| **单位类别** | □ 省级协会、学会 □ 事业单位 □ 企业单位 |
| **单位名称** | （盖章） |
| **社会统一****信用代码** |  |
| **通讯地址** |  |
| **法定代表人** |  | **联系电话** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **电子邮箱** |  | **单位网址** |  |
| **单 位 简 介** |
|  |
|  （可单附页） |
| 审议意见 |   盖 章 年 月 日 |
| 附 件 | 1、营业执照或单位法人登记证（复印件）2、协会或学会章程 |
| 备 注 | 会费标准：1000元/年 |