# 山东省公共卫生与消毒感控学会团体会员申请登记表

**团 体 会 员 证 编 号 ： 填 表 日 期 ： 年 月 日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 团体会员基本情况 | 单位名称  |   |
| 单位地址  |   |
| 经营范围  |   |
| 注册资金  |   | 单位性质  |   |
| 年营业额  |   | 法定代表人  |   |
| 联系电话  |   | E-mail  |   |
| 单位简介               |
| 本单位自愿成为山东省公共卫生与消毒感控学会团体会员，遵守该社会团体章程和各项规章制度，履行该社会团体赋予的权利和义务。  单位盖章：  法定代表人签字（盖章）：  年 月 日  |
| 学会审批意见  |      盖 章  年 月 日  |