**中国老年保健协会分支（代表）机构委员登记表**

分支（代表）机构名称： 填表时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 政治面貌 |  | 文化程度 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 工作单位 |  | 职务 |  | 职称 |  |
| 机构职务 | 副会长（或副主任委员）□ 常务委员 □ 委员□（在□内打“√”即可） |
| 个人简述 |  |
| 单位意见 |   签名 （盖章）年 月 日（此处需填写所在工作单位意见并加盖单位公章） |
| 推荐人意见 |   签名 年 月 日 |
| 协会审批意见 |  签名 （盖章）年 月 日 |

 中国老年保健协会制