**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