

急诊专科医联体 个人成员申请表

姓 名		性 别		民 族		照 片
出生年月		学 历		专 业		
政治面貌		职 称		职 务		
身份证号码				医师执业 证书编号		
医师资格 证书编号					科 室	
单位名称					邮 编	
单位地址					电 话	
E-mail					手 机	
主要社会兼职： 						
申请人承诺： 上述信息真实有效，本人自愿申请加入急诊专科医联体，遵守医联体章程，积极参与支持医联体活动；在享受医联体所赋予的权利的同时愿意承担医联体所规定的各项义务。 <div style="text-align: right;">本人签字：</div>						
申请人科室负责人签字 年 月 日		申请人单位人事部门盖章 年 月 日		急诊专科医联体办公室审核 年 月 日		

申请日期： 年 月 日