**北京心血管疾病防治研究会会员申请表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 学 历 |  | 照片 |
| 性 别 |  | 政治面貌 |  |
| 出生年月 |  | 籍 贯 |  |
| 职务 |  | 民族 |  |
| 职称 |  | 身份证号 |  |
| 毕业院校 |  |
| 就职单位名称 |  |
| 邮箱地址 |  | 手机号码 |  |
| 其它社会职务 |  |
| 个人学术、专业技术成果及获奖情况： |
| 入 会 申 请本人自愿成为北京心血管病防治研究会会员，遵守协会章程和各项规章制度，积极参加本社会团体活动。移动电话： 本人签字：  年 月 日 |

注：请将相关资质证明的复印件附后。