附件1

陕西省残疾人康复服务协会个人会员申请登记表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 职称**/**职务 |  | 政治面貌  |  |
| 单位 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 电子邮件 |  | 微信号 |  |
| 最后毕业院校名称 | 毕业时间 | 专业 | 学历及学位 |
|  |  |  |  |
| 专业 | 1.视力康复□ 2.听力康复□ 3.言语康复□ 4.肢体康复□ 5.智力康复□ 6.精神康复□ 7.心理康复□ 8.康复工程□ 9.教育康复□ 10.康复管理□ 11.康复信息□ 12.社会工作者□ 13.康复医学□ 14.临床医学□ 15.中医康复□ 16.中西医结合康复□ 17.康复治疗学□ 18.康复护理□ 19.残联工作人员□ 20.其他\_\_\_\_\_\_  |
| 工作简历 |  |
| 社会兼职 |  |
| 代表性论文/论著、成果 |  |
| 所在单位意见 |   盖章 年 月 日 |
| 协会审核意见 |    盖章 年 月 日 |

附件2

陕西省残疾人康复服务协会单位

会员入会申请登记表

单位会员编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 会员性质 |  事业单位□ 院校□研究机构□ 康复医疗机构□ 企业单位□ 行业社会组织□  |
| 详细地址 |  |
| 单位网址 |  | 邮编 |  |
| 法人代表 | 姓名 |  | 性别 |  | 电话 |  |
| 职务/职称 |  | 邮箱 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 性别 |  | 电话 |  |
| 职务/职称 |  | 邮箱 |  |
| 中级职称人数： | 高级职称人数： | 单位职工人数： |
| 单位基本情况 |  |
| 加入其他科技社团（学会/协会等）情况 |   |
| 单位会员服务需求及对协会发展的意见和建议 |  |
| 申请承诺 | 我单位已对《社会团体登记管理条例》内容了解，自愿申请加入陕西省残疾人康复服务协会单位会员，自觉遵守相关规定要求。 |
| 申请单位法人代表签字 | 陕西省残疾人康复服务协会审批意见 |
| 单位盖章 年 月 日 |  单位盖章 年 月 日 |

注：1. 请将加盖公章的申请表和企业营业执照副本（事业单位法人证书、社会团体法人登记证书）等扫描转化为PDF文件发送至学会邮箱2795481918@qq.com。

2.单位会员编号、学会审批意见无需申请单位填写。