附件1

中国医疗保险研究会专业委员会

单位会员申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 专委会名称 | 支付改革专业委员会 |
| 基本情况 |
| 单位名称 |  |
| 地址 |  | 邮政编码 |  |
| 单位会员 代表 |  | 单位职务 |  | 手机号码 |  |
| 参加其它 社团情况 |  |
| 单位意见 | 单位签章： 日期：  |

本单位承诺所提供信息真实、完整，符合公告中申请条件要求。如有虚假或隐瞒，本单位承担一切法律责任。