附件2

中国医疗保险研究会专业委员会

个人会员申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 专委会名称 | 支付改革专业委员会 | | |
| 基本情况 | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 单位名称 |  | | |
| 职务/职称 |  | | |
| 出生年月 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  |  |  |
| 学历/学位 |  | 毕业院校 |  |
| 专业领域 |  | | |
| 手机号码 |  | 邮 箱 |  |
| 申请人签字：  日期： | | | |

本人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，本人承担一切法律责任。