附件2

|  |
| --- |
| **北京结核病诊疗技术创新联盟会员代表推选表** |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 | 　 |
| 单位性质 | （请填写：机关、事业单位、国有企业、民营企业、社会团体、民办非企业单位、基金会或其他） |
| 上级主管单位 | 　 | 法定代表人 |  | 注册资金 |  |
| 联盟事宜联系人 | 姓名 |  | 职务 |  |
| 联系电话 | （请填写手机号） | 联系邮箱 |  |
| 单位会员代表推选 |
| 姓名 | 性别 | 出生年月日 | 政治面貌 | 职务 | 级别 | 联系电话 | 联系邮箱 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 |  | （请填写手机号） | 　 |
| 个人会员代表推选 |
| 姓名 | 性别 | 出生年月日 | 政治面貌 | 职务 | 级别 | 联系电话 | 联系邮箱 |
| 　 | 　 |  |  |  | 　 | （请填写手机号） | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |  | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  |  | 　 |  | 　 |
| 推选单位意见 |  （单位盖章）  年 月 日 |
|  |
|  |
| 填报联系人： 联系电话： 联系邮箱：  |  |

 注：级别包括省部级、司局级、县处级、乡科级、乡科级以下或无。