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。