**内蒙古药师协会个人会员入会申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 政治面貌 |  | | 出生年月 |  | | |
| 身份证号 |  | | | | | |
| 药师类别 | 执业药师□ 从业药师□ 驻店药师□ | | | | 执业地区 |  |
| 资格证书号 | 药学： 中药学： | | | | | |
| 专业类别 | 中药□ 药学□ 药学与中药学□ | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | 职 务 |  |
| 职 称 |  | | 职称证书号 |  | | |
| 地 址 |  | | | | | |
| 邮 编 |  | | 联系电话 |  | E--mail |  |
| 本 人 简 历 | | | | | | |
| 时 间 | | | 单 位 | | 职 务 | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
|  | | |  | |  | |
| 业务专长  及成果 | |  | | | | |
| 所在  单位  意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 内蒙古  药师协  会意见 | | （盖章）  年 月 日 | | | | |
| 备 注 | |  | | | | |

|  |
| --- |
| 会员享有下列权利：  (一) 本团体的选举权、被选举权和表决权；  (二) 参加本团体的活动；  (三) 获得本团体服务的优先权；  (四) 对本团体工作的批评建议权和监督权；  (五) 入会自愿、退会自由。 |
| 会员履行下列义务：  (一)执行本团体的决议；  (二)维护本团体的合法权益；  (三)完成本团体交办的工作；  (四)按规定缴纳会费；  (五)向本团体反映情况，提供有关资料；  (六)接受本团体的监督和检查。 |
| 本人自愿加入协会，已阅读会员享有的权利及需履行的义务 。  会费标准（提供的基本服务项目）：  个人会员：300元/年  缴纳会费免费参加本年度继续教育及相关培训活动  本人签字： |

注：1、会员姓名要按本人身份证全称填写，不得以笔名和化名填写。

1. 工作单位，有固定工作单位的要填写现在的工作单位，无固定工作单位的填写本人的详细住址。退休的要填写原工作单位。
2. 会员将此表打印，在所在单位意见栏盖章后附身份证和资质证书复印件（注明：此复印件仅用于协会会员备案）一同邮寄或扫描后发送至协会邮箱。

通邮地址：内蒙古呼和浩特市金桥开发区双台什街内蒙古自治区红十字会办公综合楼

办公室电话：0471-3977136 传真：0471-3977136 电子邮箱：[nmgzyysxh@163.com](mailto:nmgzyysxh@163.com)

4、如有任何意见和建议请与我们联系。联系电话：0471-3977136