江苏医药包装药用辅料协会

常务理事/理事申请表

单位盖章： 填表人： 日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 申请担任 | □ 常务理事 □ 理事 （勾选其中一项） |
| 负责人 | 姓名 |  | 电话/手机 |  |
| 职务 |  | 邮箱 |  |
| 单位名称 |  |
| 单位英文名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 单位邮编 |  | 入会时间 |  |
| 单位网址 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 电话/手 机 |  |
| 邮箱 |  |
| 单位简介（可另附纸） |  |
| 批准意见 |  |

**备注：** 本登记表需要原件（一式两份）留档，请填写完整并盖章后将文件快递至：

南京市中山东路448号 江苏省医药包装药用辅料协会秘书处 （收）