**基本信息**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | 中文 | 英文 | |
| 统一社会信用代码 |  | 编制床位数 |  |
| 单位地址 |  | 电话: |  |
| 单位类别 | 医疗卫生机构  其他卫生单位  医学教育机构  医学科研机构  社会组织  卫生健康领域相关企业  其他 | 单位等级 |  |

**法人代表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 民族 |  | 党派 |  | 学历 |  |
| 职称 |  | 职务 |  | 专业 |  |
| 学位 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |

**主管协会工作部门负责人**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 科室 |  | 职务 |  |
| 手机 |  | 办公室电话 |  | 邮箱 |  |

**联系人**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 科室 |  | 职务 |  |
| 手机 |  | 办公室电话 |  | 邮箱 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登录密码 |  | 确认密码 |  | 验证码 |  |