**河北省药品监督管理学会**

**单位会员申请名单**

2024年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 法定代表人  （负责人） |  |
| 单位地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 单位印章 |  |

**河北省药品监督管理学会个人会员申请名单**

2024年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 联系电话 | 本人签字 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 