**江苏省医药包装药用辅料协会**

**团体会员登记表**

 编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（盖章） |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 网址 |  |
| 法定代表人 |  | 电话/手机 |  | E-mail |  |
| 单位负责人 |  | 电话/手机 |  | E-mail |  |
| 联系人 |  | 电话/手机 |  | E-mail |  |
| 联系人办公电话（加区号） |  | 传真 |  |
| 产品类别或业务范围（可另附纸） |  |
| 目前担任协会职务 |  |
| 拟申请担任理事或常务理事 |  |
| 对协会工作的建议 |  |
| 编号（秘书处填写） |  |

 填表人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 填表时间：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_