附件3：

**中国针灸学会个人会员入会申请表**

会员登记号： 申请日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性别 |  | | 出生日期 | | |  | | | | 照  片 |
| 民 族 |  | | 政治面貌 |  | | 专业 | | |  | | | |
| 学 历 |  | 学位 |  | 职称 |  | | | | 职务 | |  | |
| 证件类别 |  | | 证件号码 | |  | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | 联系电话  （手机） | | | |  | |
| 通讯地址  及邮编 |  | | | | | | | 电子信箱 | | | |  | |
| 本  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 已参加  哪些学会 |  | | | | | | 任 职 | | |  | | | |
| 有何  临床  特长 |  | | | | | | | | | | | | |
| 有 何  主 要  成 就  论 著  或 在  何 时  何 地  获 得  何 种  奖 励 |  | | | | | | | | | | | | |
| 介 绍 人 | 签章 | | | | | | | 签章 | | | | | |
| 本单位意  见（职称  学历的真  实性） | （公章）  年 月 日 | | | | | | | 审批意见  （公章）  年 月 日 | | | | | |

**中国针灸学会制**

**填表须知：**

1、请认真填写、实事求是、写不下时另加附页，本表须正反打印。

2、电话和电子信箱是您与学会沟通联络的重要信息，请您如实填写，如有变更请您电话或E-mail告知学会，以便我们为您提供更好的服务。

3、首次入会交纳会费500元/五年/人，五年期满续费500元/五年/人。

4、会员登记号、审批意见由审批单位填写。

**联系地址：**湖南中医药大学第一附属医院(长沙市雨花区韶山中路95号)

邮编：410007

**电话：**夏云：15111160823（微信同号）；

**电子信箱：xetnzywyh@163.com**