

上海市医师协会

2025

**上海市医师协会单位会员入会申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位全称 | |  | | | | | | 申请年度 | |  |
| 地 址 | |  | | | | | | 邮 编 | |  |
| 单位总机 | |  | | 院 长 | |  | | 分管院长 | |  |
| 职工总数 | |  | | 医 师 数 | |  | | 助理医师数 | |  |
| 单位等级 | |  | | | | | | | | |
| 年度缴纳会 费 | |  | | | | | | | | |
| 以下为联络员信息 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 科 室 | |  | | 职 务 | |  |
| 电 话 |  | | 手机 | |  | | E-mai l | |  | |
| 申请单位意见  （盖章）  年 月 日 | | | | | | 协会意见  （盖章）  年 月 日 | | | | |

欢 迎 贵 单 位 加 入 上 海 市 医 师 协 会

**一、联系方式：**

地址：上海市静安区北京西路 1477 号 903 室 邮编：200040

联系人及联系电话：陈雯雯 021-22121757

传真：021-62362328 E-mail:shmdahuiyuan@163.com

**二、会费：**

1、三级医疗、预防、保健单位：6000 元/年；

2、二级医疗、预防、保健单位、职工医院、中外合资合作及民营医院：5000 元/年；

3、一级医疗、预防、保健单位、各类门诊部：3000 元/年；

4、其他单位参照以上标准。

**三、备注：**

1、此表填写一式两份，分别存于入会单位、上海市医师协会；

2、联络员请推选与协会功能相关的医务科、科教科或院办等行政科室的人员担任。