中国残疾人康复协会语言障碍康复专业委员会

团体会员登记表

**20 年编号：**

|  |  |
| --- | --- |
| **团体会员****单位名称** |  |
| **团体会员****单位地址** |  | **邮编** |  |
| **统一社会****信用代码** |  |
| **团体会员****单位负责人** | **姓名** |  | **职务** |  | **手机** |  |
| **性别** |  | **办公电话** |  | **email** |  |
| **联系人姓名** | **姓名** |  | **职务** |  | **手机** |  |
| **性别** |  | **办公电话** |  | **email** |  |
| **团体****会员****单位****意见** | （盖章）年 月 日 |
| **语言障碍康复专业委员会意见** | （盖章）年 月 日 |
| **备****注** |  |
| **团体会员单位简介（1000字以内）** |
|  |

**请将单位负责人身份证复印件粘贴在此处**

**（请正反面打印本表）**