



## 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					
<b>以下为联络员信息</b>					
姓 名		科 室		职 务	
电 话		手 机		E-mail	
申请单位意见			协会意见		
(盖章)			(盖章)		
年 月 日			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：齐 超 021-22121799

朱晓霜 021-22121683

传真：021-62362328

E-mail: qichao@shmda.org.cn

**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。