



## 苏州高新区医疗器械行业协会

### 成员入会回执表

姓 名		性别		籍贯		照片
出生年月		学历		毕业院校		
通讯地址				手机		
邮箱				微信号		
家庭住址						
工作单位及职务						
本人工作简历						
起始年月	工 作 单 位			职 务		
两位推荐人姓名（现任医创社会员）						
推荐人 1				推荐人 2		

个人简介			
所在行业			
<input type="radio"/> 医疗器械研发/生产/ 销售型企业	<input type="radio"/> 高校、院所	<input type="radio"/> 医院	
<input type="radio"/> 各地、市、省相关监 管机构	<input type="radio"/> 投资机构	<input type="radio"/> 其他	
参与其他社 团组织情况	是否已加入其他社团组织： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 （如果是，请填写详细社团名称）_____		
公司简介			
公司/单位人员规模			
<input type="radio"/> 小于 30 人	<input type="radio"/> 30-100 人	<input type="radio"/> 100-500 人	<input type="radio"/> 大于 500 人
您近期的目标			

愿意为医创社提供的资源及需求
对医创社的期望

申请人：

申请日期：

注：填报个人需提供个人身份证复印件附表单后报送。