**会员入盟申请表**

编号：RM

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名**\* |  | **性别**\* |  | **照片** |
| **身份证类型**\* |  | **出生年月** |  |
| **身份证号**\* |  |
| **学 历**\* |  | **学位**\* |  |
| **所学专业**\* |  | **从事行业**\* |  |
| **罕见病研究方向** |  | **职称**\* |  |
| **移动电话**\* |  | **电子邮箱**\* |  |
| **工作单位**\* |  | **职务**\* |  |
| **联系地址**\* |  |
| **个人简介**\* |  |
| **领域技术专长、发明创造、科研成果、著作译著**\* |  |
| **个人签章** | 本人自愿申请成为“广州产学研协同创新联盟-罕见病基因治疗产学研医技术创新联盟”成员，并自觉遵守联盟章程，履行成员义务。  签 字 ： 日期：  |
| **联盟意见** |  签 章： 日期：  |

备注：1.本表格一式两份，一份申请人留底，一份交本联盟秘书处留底。

1. 编号由本联盟秘书处填写。填写规则：RM+流水号P+具体日期。

|  |
| --- |
| 1668585833792 |