**四川省老年学学会单位会员申请表(老年认知障碍防治专委会)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企事业单位、社会团体名称 | |  | | |
| 业务主管单位 | |  | | |
| 纳税人识别号 | |  | | |
| 企事业单位、社会团体法定代表人 |  | | 联系电话 |  |
| 联系人 |  | | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  | | 邮 编 |  |
| 邮箱 |  | | 联系电话 |  |
| 社会组织业务范围介绍 |  | | | |
| 入会申请承诺 | 我（单位）自愿加入四川省老年学学会，并依据学会章程规定，行使权力，担任义务。  年 月 日（章） | | | |
| 四川省老年学学会意见 | 年 月 日（章） | | | |

填表说明：请上传扫描件，请勿拍照。

学会通讯地址：四川省成都市锦江区永兴巷15号 邮编：610000

电话（传真）：028-62432016 联系电话：18381886886（李娇秘书）

邮箱：[scslnxxh@163.com](mailto:scslnxxh@163.com)（四川省老年学学会） [1163992776@qq.com](mailto:1163992776@qq.com) （李娇秘书）