**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（四川省老年学学会） 1163992776@qq.com （李娇秘书）