附件2

**山东省健康促进与教育学会**

**（健康传播专业委员会）团体会员单位入会程序**

本着“入会自愿、退会自由”的原则，山东省健康促进与教育学会（健康传播专业委员会（筹））全年常态化发展团体会员单位。

具体入会程序如下：

一、单位申请入会的,须认真学习并遵守《山东省健康促进与教育学会章程》等规章制度，积极参加学会活动，填报团体会员单位入会申请表（见附件）办理入会（**注**：全省已经有部分单位入会，可忽略本程序，请向本单位负责部门咨询）。

二、入会申请表填写后，纸质版加盖单位公章报送或用顺丰快递至省健康促进与教育学会健康传播专业委员会筹备组收（地址：济南市历下区燕东新路6号综合办公楼309室，邮编：250014,联系电话：王瑗瑗0531-88580718）。加盖单位公章电子版（Word版）以附件形式邮发至邮箱（[jkbsdjzz2020@126.com](mailto:qiluzhongyiyao@126.com)）。

三、按规定交纳单位会费（学会每年团体会费最低1000元；个人会员免交会费。学会为减轻健康传播专业委员会负担，会费通过银行转账至“山东省健康促进与教育学会”账户。开户银行：中国建设银行股份有限公司济南分行；账号：37050161090800001487，**注明会费和健康传播专业委员会全称**。学会财务部收到会费即开具省财政厅统一监制的社会团体会费收据（电子版），发送至入会申请表中的单位联系邮箱。

四、学会收到入会申请表（纸质版＋电子版）及会费后即行审批、签发团体会员证书，如当期有会议或培训则当面直接交付或用顺丰快递寄至会员单位入会申请表上填写的联系人。

**附件1**：山东省健康促进与教育学会团体会员单位入会申请表

**附件2**：山东省健康促进与教育学会个人会员申请表

附件1：

**山东省健康促进与教育学会团体会员单位入会申请表**

**单位会员证编号： 填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单 位 名 称** |  | | | | | | |
| **通 讯 地 址** |  | | | | | **邮 编** |  |
| **法 人 代 表** |  | **性 别** |  | **电话** | |  | |
| **理 事 代 表** |  | **性 别** |  | **部门** |  | **职务** |  |
| **手 机** |  | **微 信** |  | | **邮箱** |  | |
| **类 别** | **🞎常务理事单位** | | **🞎理事单位** | | | **🞎会员单位** | |
| **专 业 领 域** |  | | | | | | |
| **单位简介（可加附页）：** | | | | | | | |
| **单位意见**  **单位签章**  **年 月 日** | | | **学会意见：**  **（公章）**  **年 月 日** | | | | |

注：入会后会员证书编号由山东省健康促进与教育学会填写。

附件2

**山东省健康促进与教育学会个人会员申请表**

**会员证编号： 填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **工作单位** |  | | | **职务**  **/职称** |  |
| **毕业院校** |  | | **所学专业** |  | |
| **详细地址** |  | | | | |
| **手 机** |  | **电子**  **邮箱** |  | **微信号** |  | |
| **学习经历** |  | | | | | |
| **工作经历** |  | | | | | |
| **社会兼职** |  | | | | | |
| **单位意见** | **盖 章**  **年 月 日** | | **本会审批**  **意 见** | | **学 会 盖 章**  **年 月 日** | |