附件1：

云南省医师协会通讯员登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | |
| 所属机构 |  | | 团体单位□ | |
| 二级分会□ | |
| 工作单位 |  | | | |
| 职 务 |  | 办公电话 |  | |
| 手 机 |  | E-mail |  | |
| QQ号 |  | 微信号 |  | |
| 详细通讯地址 |  | | |
| 分会/团体单位  意见 | 为保障我分会/团体单位报送信息的真实性，我分会/团体单位特指定通讯员 ，使用邮箱 作为我分会/团体单位官方报送信息邮箱。  按照云南省医师协会的要求，我分会/团体单位报送“云南医师”微信信息采取报送单位“终审制”，若报送信息由于真实性、科学性等原因引起的一切法律责任，由我分会/团体单位自行承担。  分会/团体单位名称：    负责人签字/公章：  年 月 日 | | |