



中国医疗器械行业协会病理专业委员会 (CCPI)

入会申请表

省市、 自治区		姓名		性别	
出生年月		籍贯		民族	
技术 职称		行政职务			
工作 单位					
擅长领域			手机联系方式		
邮箱			微信号		
其他任职情 况(单位/学术 团体/核心刊 物等)					
拟申请职位					
入会理由					
关于加入专 委会,您是否 有好的工作 建议或者相 关的项目引 荐?					

注: 1. 表格填写完整后, 请扫描/拍照发至 CCPI 秘书处邮箱: ccpi@ccpi.org.cn

2. 有任何疑问请联系 CCPI 秘书处: 侯凯丽 (186 0097 0672)

