曲沃县研学旅行协会单位会员申请表

填表日期： 会员编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 文化程度 |  |
| 政治面貌 |  | 手 机 |  | | |
| 邮 箱 |  | 身份证号 |  | | |
| 单位名称 |  | | | | 职 务 |  |
| 经营范围 |  | | | | | |
| 单位情况 | 成立时间 |  | 注册资金 | 万元 | 年营业额 | 万元 |
| 年纳税额 |  | 公司人数 |  | 公司性质 |  |
| 公司地址 |  | | | 电 话 |  | |
| 邮 箱 |  | |
| 申报类别 | 执行会长 副会长 理事单位 单位会员 | | | | | |
| 申  请  人  简  历 |  | | | | | |
| 申  请  人  意  愿 | 我单位自愿申请加入曲沃县研学旅行协会，承认并遵守协会章程，执行协会决议，按时交纳会费，维护协会的合法权益，完成协会交办的各项工作。  申请人（签字/盖章）：  年 月 日 | | | | | |
| 对  协  会  的  建  议 |  | | | | | |
| 秘  书  处  审  核  意  见 | 签字：  年 月 日 | | | | | |
| 会  长  办  公  会  审  核  意  见 | 签字/盖章：  年 月 日 | | | | | |

**备注：**1.本表格“申请人意愿”栏要求申请人手写签字；

2.若有疑问可向协会秘书处咨询，联系电话：15303578924，15303478924；

3.会费缴纳至：

账户名称：曲沃县研学旅行协会

账户号码：607103010300000076169

开户银行：山西曲沃农村商业银行股份有限公司