**全国高等院校医学教育研究联盟申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 拟申请 | □理事单位（院校） □合作单位（非院校）机构任职专职/兼职 |
| 理事/合作单位代表 | 姓名 |  | 职务 |  |
| 电话 |  | 邮箱 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 电话 |  |
| 邮箱 |  | 手机 |  |
| 通讯地址 |  |
| 申请理由 |  |
| 我单位自愿申请加入全国高等院校医学教育研究联盟，遵守联盟章程以及相关规定，支持和参与联盟组织的各项活动，不损害联盟的利益。 单位负责人签字（加盖公章）： 日期： |

**备注：**申请加入联盟院校/机构，请将填写完整申请表发送至联盟秘书处

秘书处：全国医学教育发展中心 邮箱：medu@bjmu.edu.cn 电话： 010-82805509