**河南省内部审计协会卫生健康专业委员会委员单位申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  （全称） |  | | | 机构名称 |  |
| 机构负责人姓名 |  | 职务 |  | 手机 |  |
| 机构联系人  姓名 |  | 办公电话 |  | 手机 |  |
| 通迅地址 |  | | | | |
| 电子邮箱 |  | | | 邮编 |  |
| 所在单位  意见 | （单位公章）  年 月 日 | | | | |