**附件**

**ISPO 入会申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 单位 |  | 出生日期 |  |
| 职务 |  | 联系电话 |  |
| 地址（需注明邮编） |  |
| 电子邮箱 |  | 传真 |  |
| 专业 | □假肢师 □矫形器师 □骨科医生 □康复医师 □外科医生□物理治疗师 □职业治疗师 □矫形鞋制作者 □康复工程师□生物力学工程师 □护士 □社会工作者 □心理学家□其他  |
| 职务 | □临床医生 □经理 □讲师 □教授 □研究员 □行政人员□学生 □退休人员 □其他  |
| 交费金额 | □500元 □200元 |
| 开票信息（电子发票） | 单位名称 |  |
| 税号 |  |
| 发票接收邮箱 |  |

注：以上项目均为必填项目。电子邮箱用于接收ISPO发送的信息，请务必清晰、准确填写。