**附件2：**

**长三角高职院校应用技术协同创新联盟会员申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 会员单位名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 法人代表 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 会员推荐人选 | 姓名 |  | 联系电话 |  |
| 职务 |  | E-mail |  |
| 单位意见 |   单位公章： 年 月 日 |

说明：请盖章之后将此表发至联盟秘书处方飞，联系电话：18758878756，邮箱：fly1111410114@163.com