|  |
| --- |
| **白求恩国际学术会议参会申请表** |
| 姓名 | 　 | 性别 | 　 | 出生年月 | 　 |
| 出生地及民族 | 　 | 身份证号 | 　 |
| 所在医院 | 　 | 职称 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 电子邮件 | 　 | 通讯地址 | 　 |
| 国（境）外邀请单位 | 　 |
| 出访目的 | 　 | 出访时间 | 　 |
| 会议名称 | 　 |
| 会议主办单位 | 　 |
| 会议国家（地区） | 　 | 会议时间 | 　 |
| 1.会议的历史简况、层次、规模、涉及的学科领域等概况： |
| 　 |
|
|
| 2.本人获得的科研成果及论文发表： |
| 　 |
|
|
| 3.本人参加学术会的目的及预期效果： |
| 　 |
|
| 1、提供真实有效的个人信息；  |
| 2、遵守参我国及当地法律法规及主办方相关管理规定； |
| 3、不要求额外行程；  |
| 4、按照主办方指定行程参会；  |
| 5、如有违反上述相关管理规定，由此产生的一切责任和费用均有由本人承担。 |
|  |  |  |  |  | 　 |
|  | 　 | 　 | 　 | 申请人： | 　 |
| 所属医院审批意见： |
| 　 |  | 　 |
| 负责人签字 |
| 单位盖章 |
| 基金会审批意见： | 　 |  |
|  |
|
| 负责人签字 | 　 |
| 单位盖章 |
| 注：1.未经批准不得绕道第三国。  |
| 2.出访时间包含往返路程。 |
| 3.同时请提供：申请人简历（介绍）、身份证正反面复印件、医师资格证姓名页照片页。 |

|  |
| --- |
| **个人简历** |
| **姓名** | 　 | **性别** | 　 | **照片** |
| **出生年月日** | 　 | **籍贯** | 　 |
| **学历** | 　 | **职称** | 　 |
| **毕业院校** | 　 | **专业** | 　 |
| **联系电话** | 　 | **电子邮件** | 　 |
| **工作经历** | 请详细填写工作经历 |
| **科研成果及论文发表** | 请详细填写科研成果及论文发表 |
| **获得荣誉** | 请详细填写获得荣誉 |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |