|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | |
|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |