北京医学奖励基金会

国际交流项目回执

项目名称： 2019菲常大师台湾学术交流

填 写 说 明

1. 本基金会公益资助项目对象主要为医学领域工作者。

2. 填表者应已基本具备如下条件：

（1）愿意遵守北京医学奖励基金会宗旨：促进国际医学交流，积极致力于社会公益事业，为我国医疗保健事业和医学现代化服务。

（2）从事医疗临床、医疗教学和医疗科技研究工作。

（3）符合本项公益项目捐赠人意愿。

3. 本表中空格均应填写，确系无内容可填的，应填写“无”。

4. 填表者请以邮件方式发送本回执至xiaoyuxin@yxjl.org，并附本人身份证正反面复印件及医师证复印件。

5. 回执原件请在6月18日前邮寄至北京市西城区枣林前街35号宣兴大厦2层 肖雨馨18810872779 收。

**申请参加本项目者应如实填写下表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 出生日期 | | 年 月 日 | | | | |
| 性 别 |  | 民 族 |  | | 党 派 | | | |  |
| 专业专长 |  | 学 位 |  | | 职 称 | | | |  |
| 工作单位及  地 址 |  | | | | | | | | |
| 科 室 |  | | | 职 位 | |  | | | |
| 详细通信地址 |  | | | | | | 邮政编码 |  | |
| 家庭电话 |  | | 单位电话 | | | |  | | |

所申请参加的项目意义及相关意见

|  |  |
| --- | --- |
| 申请意义 |  |
| 申请人承诺：  保证所填内容的真实性。在本项目执行中严格遵守国家有关法律、法规，遵守北京医学奖励基金会有关规定。按本项目的计划如期执行学术交流活动。接受基金会的检查和监督。  申请人签名：  年 月 日 | |
| 申请人所在单位意见：  年 月 日 | |
| 主管领导签字：  单位公章  年 月 日 | |