**北京医学奖励基金会**

**项目申请表**

**项目名称：北京大学·北京医学奖励基金会-县域医院管理领军人才研修班**

**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）爱党爱国、不发表不当政治言论，不从事危害国家安全的行为，保证不支持任何从事危害国家安全的个人或组织。认同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、医疗科技研究及医政管理研究等工作。

（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.本回执填写完毕后，填表者请邮寄至以下地址并以邮件方式发送本回执至 jiazhili@yxjl.org，并附本人身份证正反面复印件及医师证复印件，邮寄地址：[北京市西城区枣林前街35号宣兴大厦2层 北京医学奖励基金会 贾老师 收]

**申请参加本项目者应如实填写下表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 出生日期 |  | |
| 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 |  | |
| 通信地址 |  | | 邮政编码 |  | |
| 手机 |  | | 单位电话 |  | |
| 申请人承诺：  保证所填内容的真实性。在（项目名称）过程中严格遵守国家及目标国家地区有关法律、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参与学术交流活动。接受基金会的检查和监督。  申请人签名：  年 月 日 | | | | | |
| 所在单位意见（公章）：    年 月 日 | | | | | |