项目编号：

北京医学奖励基金会

国际交流项目回执

**项目名称**： 2023年第55届欧洲儿科胃肠病学、肝病学和营养学协会年会（ESPGHAN）

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. 填表者请将回执原件及本人身份证复印件及医师证复印件快递至北京市西城区枣林前街35号宣兴大厦二层北京医学奖励基金会，张妍15001330493。

**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 | |  | | | |
| 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 | |