**附件2**

**中国临床肿瘤学会**

**资助贫困边远地区和基层中青年医师参加**

**2019年CSCO指南会申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 会员号 | |  |
| 身份证号 |  | | 性别 | |  |
| 工作单位 |  | | 科室 | |  |
| 最高学历 |  | | 职务/职称 | |  |
| 手机 |  | | E-mail | |  |
| 通讯地址  邮政编码 |  | | | | |
| 申请人签字 |  | 推荐人 | |  | |
| 单位意见 | （签章） 年 月 日 | | | | |
| 学会  审批意见 | （签章） 年 月 日 | | | | |