**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  |