**资助基层中青年医师参加全国临床肿瘤学大会申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 工作单位 |  | 科室 |  |
| 最高学历 |  | 职务/职称 |  |
| 身份证号码 |  | CSCO会员号 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 申请类别 | □基层医院 （请标明医院等级）  |
| □贫困县 （请标明所属地区）  |
| □边远地区 （请标明地区）  |
| 通讯地址（快递地址） |  |
| 申请人签字 |  年 月 日 |
| 单位意见 |  （签章） 年 月 日 |
| 基金会审批意见 |  （签章） 年 月 日  |