**中国人口福利基金会妇幼关爱基金**

**“支持中青年医师参加2024中国医师协会妇产科医师大会”活动申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 民族 |  |  |
| 出生  年月日 | *（与身份证一致）* | | | | 籍贯 |  |
| 单位  全称 |  | | | | | |
| 单位  等级 | *（三级/二级）* | | | 个人职称 | | *（副主任医师/主治医师/...)* |
| 联系  方式 | 联系电话： | | | 邮箱： | | |
| 通讯  地址 |  | | | | | |
| 个人  简介 | *（描述个人简介，例如主攻方向、学习经历等）* | | | | | | |
| 社会  职务 | *（如没有，则不填）* | | | | | | |
| 签字 |  | | | | | | |

附件：

1. 工作、职称证明材料 *(如：工牌/网上医生介绍截图等可以证明申请者任职单位、职称的材料）*
2. *身份证材料 （照片、复印件均可）*