**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）*