|  |
| --- |
| **附件二：学术会议参会申请表** |
| 姓名 |  | 性别 |  |  |
| 民族 |  | 出生年月 |  |
| 身份证号 |  |
| 所在医院 |  | 职称 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮件 |  | 通讯地址 |  |
| 培训名称 | 2024年过敏性疾病诊疗新技术进展培训班暨“全国第二十二届标准化过敏原特异性免疫治疗培训班” |
| 地点 |  | 培训时间 | 2024年7月26日-2024年7月27日 |
| 1.主要学术及社会任职： |
|  |
| 2.本人获得的科研成果及论文发表： |
|  |
|
| 3.本人参加学术培训的目的及预期效果： |
|  |
|
| 本人郑重承诺： 1、提供真实有效的个人信息； 2、遵守我国及当地法律法规及主办方相关管理规定；3、不要求额外行程；4、按照主办方指定行程参会；5、自行完成参会期间的请假事宜（向本人所在单位和所在部门申请及办理）；6、如有违反上述相关管理规定，由此产生的一切责任和费用均由本人承担。 |
|
|
|
|
|
| 申请人签字： |