|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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： | | | | | | |