参会申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 会议名称 | 第十五届中国医师协会重症医学医师分会年会暨中国危重病医学大会-2024(CCCC2024) |
| 会议地点 | 湖南省长沙市 | 会议时间 | 2024年9月12～15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、本人参加学术会的目的及预期效果： |
| 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. 按照主办方指定行程参会，不要求额外行程；
4. 自行完成参会期间的报批事宜（向本人所在单位申请及办理）；
5. 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：  |
| 所在单位审批意见 | 单位或部门（盖章） 年 月 日 |

通讯地址：北京市海淀区西直门北大街52号太平金融大厦11层1101室

收件人：孙雨冉 联系电话：15210570421（建议您使用顺丰快递避免重要文件遗失）