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）