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 | 第十五届颅脑创伤学术会议 |
| 会议地点 | 河南省郑州市 | 会议时间 | 2025年4月10～12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）