参会申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 身份证号 |  |
| 所在单位/部门 |  | 职称 |  |
| 职务 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 会议名称 | 城市医疗集团背景下地市级医院高质量发展典型案例研究专题研讨会 |
| 参会场次 | □ 杭州站-2025年7月26日□ 合肥站-2025年8月3日□ 石家庄站-2025年8月9日□ 南京站-2025年8月23日 | 职务属性 | □ 省市卫生健康行政部门负责人;□ 地市级医院书记、院长及分管领导;□ 其他。 |
| 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）