**北京市希思科临床肿瘤学研究基金会**

**资助医学专业研究生参加全国临床肿瘤学大会申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 学校 |  | 专业 |  |
| 身份证号码 |  | CSCO初级会员号 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 学生类别 | □硕士 （请标明年级）  |
| □博士 （请标明年级）  |
| □规培/其他 （请注明）  |
| 通讯地址（快递地址） |  |
| 申请人签字 |  年 月 日 |
| 学校或医院意见 |  （签章） 年 月 日 |
| 基金会审批意见 |  （签章） 年 月 日  |