**附件二：**

**2025 CSCO临床肿瘤智慧医疗研修班**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 所在省市 |  | | 工作单位 |  | |
| 科室/部门 |  | | 行政职务 |  | |
| 最高学历 |  | | 专业职称 |  | |
| 身份证号码 |  | | CSCO  会员号 |  | |
| 联系电话 |  | | 邮箱 |  | |
| 通讯地址  （快递地址） |  | | | | |
| 申请人承诺 | 本人承诺以上提供的信息真实有效，并愿意积极配合项目开展。  （签字） 年 月 日 | | | | |
| 单位意见 | **□同意 □ 不同意**  （签章） 年 月 日 | | | | |
| 基金会  审批意见 | （签章） 年 月 日 | | | | |