**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  |