

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	健康中国行动-支持医务人员参加第十五届全国血友病大会会议项目				
会议地点	天津市万丽天津宾馆		会议时间	2025 年 10 月 23 日至 25 日	
<p>本人郑重承诺：</p> <p>1、提供真实有效的个人信息；</p> <p>2、遵守我国及当地法律法规及主办方相关管理规定；</p> <p>3、按照主办方指定行程参会，不要求额外行程；</p> <p>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）；</p> <p>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。</p> <p>申请人签字：</p>					
<p>所在单位</p> <p>审批意见</p>	<p>单位或部门（盖章/签字）</p> <p>年 月 日</p>				

通讯地址：北京朝阳区东大桥路 12 号 1 幢五层 501

收件人：李琦 联系电话：17600476238（建议您使用顺丰快递避免重要文件遗失）