附件

健康中国行动
中华医学会第十九次生殖医学学术会议
学术交流项目
资助申请表

<table>
<tr><td>会议名称</td><td colspan="5">中华医学会第十九次生殖医学学术会议学术交流项目</td></tr>
<tr><td>会议时间</td><td colspan="2">2026 年 11 月 25 日～28 日</td><td>会议地点</td><td colspan="2">云南省昆明市</td></tr>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生年月</td><td></td></tr>
<tr><td>出生地及民族</td><td></td><td>身份证号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在医院</td><td></td><td>职称</td><td></td><td>科室</td><td></td></tr>
<tr><td>联系电话</td><td colspan="2"></td><td>通讯地址</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>本人参加学术会议的目的及预期效果</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">本人郑重承诺：

1、已明确且符合本项目申请要求，并已提供真实有效的个人信息；同意基金会为本次项目的合规管理、会议安排及会务执行之目的，收集、使用本人的报名信息。
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、确保参加本次会议的相关事项需符合申请人所在单位标准及要求；
5、自行完成参会期间的请假事宜（向本人所在单位和所在部门申请及办理）；
6、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）：
年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="6">申请人所在单位意见：

本单位同意_____科_____医师（职称）_____（申请人名字）参加中华医学会第十九次生殖医学学术会议学术交流项目。

所在单位（盖章）：

年　月　日</td></tr>
</table>