**2019国际保肢学大会(2019ISOLS)**

**项目申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 联系电话 |  | | | |
| 性 别 |  | 民 族 |  | 党 派 | | |  |
| 邮 箱 |  | 学 位 |  | 职 称 | | |  |
| 指定联系人 |  | 联系电话 |  | 邮箱 | | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 详细通信地址 |  | | | | 邮政编码 |  | |
| 申请本项目的目的及意义： | | | | | | | |
| 申请人承诺：  保证所填内容的真实性。在本项目执行中严格遵守国家有关法律、法规，遵守北京市希思科临床肿瘤研究基金会有关规定。按本项目的计划如期执行学术交流活动。接受基金会的检查和监督。  申请人签名（亲笔手签）：  年 月 日 | | | | | | | |
| 申请人所在单位意见：  主管领导签字：  **单位公章**  年 月 日 | | | | | | | |