**线下医学国际交流项目-新加坡青年医学交流项目**

**申请书**

**申请人：**

**所属医院及科室：**

**申请人职称：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期：**

**一、申请人基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 所属医院 |  |
| 所属科室 |  | 职称 |  |
| 职务 |  | 联系方式 |  |
| 邮箱 |   |
| 是否为肿瘤领域研究或临床方向 |  |
| 是否相关疾病领域的临床治疗经验 |  |

**二、申请者承诺**

本人承诺满足以下遴选标准条件之一，自愿申请参与线下医学国际交流项目-新加坡青年医学交流项目，明白项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与项目交流，并已获得所在医院的同意。且本申请表格填写内容真实无误。

遴选标准:

1）三甲医院的专业医师

2）具有多年临床工作经验

3）能够充分参与交流学习活动

**申请者（签字）： 科室主任（签字）：**

**日期： 日期：**

本人知晓并批准申请者参与线下医学国际交流项目-新加坡青年医学交流项目。