**附件**：

**苏州协同医疗健康基金会国际学术会议**

**资助申请表**

一、个人基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 专业领域 |  | 职称 |  | 学位 |  |
| 政治面貌 |  | 电话 |  | 邮箱 |  |
| 申请参与  会议名称 | 2025年美国胸科学会（ATS）国际会议 | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 科室/院系 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 外语能力 |  | | | | |
| 健康状况 |  | | | | |

二、既往发表文章（如有）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 作者 | 出版  时间 | 题名 | 刊名 | 卷期页 | 关键词 | 影响  因子 | 他引  次数 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |

三、既往参加与本会议主题相关的学术大会项目经历（如有）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 会议时间 | 会议名称 | 举办地点 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

四、审核意见

|  |
| --- |
| 所在单位审核是否同意申请人员出境参加国际学术会议：  同意。    单位（盖章或签字） 申请人（签字） 年 月 日 |
| 苏州协同医疗健康基金会审核意见：  单位（盖章） 负责人（签字） 年 月 日 |