**附件**：

“2025年第35届欧洲呼吸学会 (ERS) 年会”

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年第35届欧洲呼吸学会(ERS)年会** | | | | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 科室/院系 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 外语能力 |  | | | | |
| 健康状况 |  | | | | |

1. **省级及以上医学委员会、学会成员，或全国级青年医生委员会成员**

省级以上医学会委员 学会成员 全国级青年医生委员会成员 其他

**三、在国际期刊发表文章（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 |  |  |  |  |  |  |  |  |

**四、参与了国家级指南、共识及临床路径制定**

是 否

**五、最近3年在全国性会议或委员会上担任主席或主旨演讲（如有）**

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

**六、教授或主任医师**

教授 主任医师 其他

**七、审核意见**

|  |
| --- |
| 所在单位审核是否同意申请人员出境参加2025年第35届欧洲呼吸学会(ERS)年会：    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 |