|  |  |
| --- | --- |
| **受理部门** |  |
| **受理人** |  |
| **收件日期** |  |
| **项目编号** |  |

**医学境外交流基金**

**境外参会资助申请书**

**项目名称：**

**项目申请人：**

**手 机：** **电子邮箱：**

**通讯地址：**

**邮政编码：**

**申请日期：** **年 月 日**

**中关村精准医学基金会**

**2025年编制**

|  |
| --- |
| **一、申请人基本信息** |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 性 别 |  |
| 身份证件名称 |  | 证件号码 |  |
| 学位 |  | 职称 |  |
| 工作单位 |  |
| 所在部门 |  | 职务 |  |
| 从事专业 |  | 第一外语及水平 |  |
| 所在一级学科 |  | 所在二级学科 |  | 所在三级学科 |  |
| 电话 |  | 手机 |  | 邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| **二、参加境外参会基本信息** |
| 会议名称 | 英 文 |  |
| 中 文 |  |
| 会议主办单位 | 英 文 |  |
| 中 文 |  |
| 举办国家 |  | 城 市 |  | 会议期限 |  |
| 会议的网址 |  |
| 申请人身份 | 大会主席□ 分会主席□ 特邀报告（Keynote Speech）□ 大会报告（Plenary Speech）□ 其他 **(请按邀请函件如实填写，与材料不符均不予受理)** |
| 出境时间 |  | 回国时间 |  |
| 行程路线 |  |
| 提交论文题目 | 英 文 |  |
| 中 文 |  |
| 录用论文 | 中文题目 |  |
| 英文题目 |  |
| 署名单位 |  | 是否通过保密审查 |  |
| **三、会议描述**（会议主题、主要内容、层次、规模、涉及的学科领域等） |
|  |
| **四、申请理由**（从会议与本人临床、科研或教学等工作的关联性，说明参会目的、必要性、意义、预期效果） |
|  |
| **五、经费预算** |
| **科 目** | **数额（元人民币）** | **说明** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 合 计 | 大写： 元（￥ .00） |
| 申请资助方式 | 全额资助  | 部分资助 |
| 申请资助金额 | 大写： 元（￥ .00） |
| **请说明若获资助经费额不足以支付参会费用时，补足费用的来源：**科研经费 单位报销 个人自费 其他  |
| **六、关于委托旅行社服务及费用结算** |
| 如贵基金会批准资助，本人将委托 公司为本人提供本次出国（境）及相关会务服务，包括会议注册，国内往返交通、住宿安排，境外往返机票订购，会议当地住宿、餐饮、交通安排及接待等，并委托其代为支付上述相关费用并与贵基金会办理费用结算。 |
| **七、申请者承诺** |
| 我保证本申请书内容的真实性。如果获得资助，我将严格遵守贵基金会的有关规定，按照本申请书所述，切实完成好本次会议的参会工作，按时报送会议总结报告及相关材料，且对本人提供参会材料的知识产权及合法性负责。若填报失实和违反规定，本人将承担全部责任。本人在参会往返及参会期间，因本人或他人的过错或者意外或者不可抗力等一切原因，可能引发的包括但不限于本人或他人的健康、生命、人身、财产以及政治、社会、法律、政策、纪律、出国（境）管理等方面的一切后果，均由本人承担。  **申请人签字：** 年 月 日 |
| **八、审批意见** |
| **中关村精准医学基金会意见：**  年 月 日 |