**健康公益合作交流项目**

**—2025年第33届欧洲消化疾病周(UEG Week 2025)**

**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：**

1. **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** |  | | |
| **是否为消化疾病相关领域医师** | |  | |
| **学术职称是否为中级职称及以上** | |  | |
| **是否在消化疾病相关领域具有学术影响力** | |  | |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参与健康公益合作交流项目—2025年第33届欧洲消化疾病周(UEG Week 2025)，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。若本人满足该项目的遴选标准并成功参与该项目，同意机构收集本人身份信息用作会议注册、行程预定、结算及核查等事宜。本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**