

**2022 年儿科临床实践指南西部行  
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：** \_\_\_\_\_

**申请日期：** \_\_\_\_\_

此表由北京康盟慈善基金会编制，解释权归北京康盟慈善基金会。

### 一、申请人基本情况：

<b>申请人</b>		<b>所属医院</b>	
<b>所属科室</b>		<b>职称</b>	
<b>职务</b>		<b>联系方式</b>	
<b>邮箱</b>			
<b>是否为儿科领域研究或临床方向</b>			
<b>是否相关疾病领域的临床治疗经验</b>			

### 二、申请者承诺

本人自愿申请参与 2022 年儿科临床实践指南西部行，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。且本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**