**国际医学交流项目**

**——访问学者计划**

**申请书**

**申 请 人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**所在医院/科室：**

**科室负责人：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期：**

**项目起止时间：**

**申请总金额：**

此表由北京生命绿洲公益服务中心编制，解释权归北京生命绿洲公益服务中心。

**一、申请医院基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请医院** |  | **医院级别** |  |
| **申请科室** |  | **科室负责人** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  |

**二、项目基本情况：**

|  |  |
| --- | --- |
| **项目名称** |  |
| **项目摘要** | **（包括但不限于访问医疗机构，周期，所需资金，访问目的等）** |

**三、申请者承诺**

申请者承诺：

我保证申请书内容的真实性。如果获得资助，我将履行项目负责人职责，严格遵守北京生命绿洲公益服务中心的有关规定，按照本申请书所述，切实保证研究工作时间，认真开展工作，按时报送有关材料。若填报失实和违反规定，本人将承担外全部责任。

**申请者（签字）：**

**日期：**

**医院/科室（敲章）：**

**日期：**