

北京生命绿洲公益服务中心

新声援康复言语能力提升项目第二期

申请书

一、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			
三甲医院头颈外科			
副主任级别及以上			
对辅助发音管技术的开展与实施有较强烈的意愿，英语交流无障碍			

二、申请者承诺

本人自愿申请参加新声援康复言语能力提升项目第二期，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。

三、申请人材料评估

北京生命绿洲公益服务中心将为了评估医生的资质是否符合条件要求。医生需提交详细的申请材料，包括个人简历、职称证明、专业背景与经验等。

申请者（签字）：

日期：

单位允许出国及个人承诺确认函

北京生命绿洲公益服务中心：

本医院同意_____科_____医师（职称）_____（申请人名字）参加于 2025 年 6 月在荷兰癌症研究院召开的新声援康复言语能力提升项目第二期。

医院（盖章）_____

年 月 日

本人自愿参与由北京生命绿洲公益服务中心组织开展的新声援康复言语能力提升项目第二期项目，为提高医疗卫生学科建设，促进医学卫生事业发展，实现更好服务患者医学的目标。

本人自愿参与由北京生命绿洲公益服务中心组织开展的新声援康复言语能力提升项目第二期项目，并愿意遵守该项目以下规定（如同意，请在每个项目前在□打√）：

本人熟知并同意遵守北京生命绿洲公益服务中心关于“境外国际会参与人员”的各项规章制度。

本人熟知并同意遵守本医院关于“境外国际会参与人员”的各项规定。

本人熟知并同意遵守北京市各有关部门公布的关于“境外国际会参与人员”个人信息报备的各项规定。

本人在参与服务中心的新声援康复言语能力提升项目第二期项目中承诺严格遵守以上相关规定。

本人承诺不会假借学术研讨、课题研究、培训会议、科研合作、技术支持、论文刊物、捐赠援助等名义进行利益输送，为企业站台讲课，收受讲课费、培训费、研讨费等不合理取酬问题。

本人承诺由于个人原因无法参与会议，所发生的相关费用将由个人承担，并以邮件方式报备至北京生命绿洲公益服务中心，不可抗力原因除外。

申请人签字：_____

年 月 日