

**线下医学国际交流项目-第十七届恶性淋巴瘤国际会议项目
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： _____

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			
是否为血液/肿瘤领域研究或临床方向 方向			
是否相关疾病领域的临床治疗经验			

二、申请者承诺

本人自愿申请参加线下医学国际交流项目-第十七届恶性淋巴瘤国际会议，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：