**国际医学交流项目**

**—第20届欧洲克罗恩病和结肠炎组织(ECCO)大会**

**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IBD治疗领域相关临床医师** | |  | |
| **是否学术职称为副主任医师级别及以上** | |  | |
| **是否在IBD领域具有学术影响力，拥有强烈的学习意愿。** | |  | |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参与国际医学交流项目—第20届欧洲克罗恩病和结肠炎组织(ECCO)大会，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。并且同意机构收集本人身份信息用作会议注册以及行程预定等事宜。本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**