

福建省关癌有家恤病基金会“种光计划”资助

报名表

申请编号：_____

申请人基本信息			
姓名		性别	
出生年月日		联系方式	
身份证号		所在单位及科室	
学位		职称	
职务			
主要社会任职			
专业专长		邮箱	
已承担科研项目数量			
国家级	部级	省级	其他
既往患者教育及科普的相关工作介绍			
(500 字以内)			
既往患者教育及科普的相关证据			
(截图或链接)			

授权与申明：

1. 材料真实性：本人承诺所提交的所有信息及材料真实有效，否则自愿承担法律责任。
2. 隐私授权：本人知悉出于核实身份的需要，基金会需要收集并存储本人的相关信息、用来验证项目申请材料与本项目的符合性，验证个人信息真实性。本人同意基金会搜集本人相关信息，同意基金会脱敏数据用于项目公示及研究（公示信息隐去身份证号等敏感内容）

申请人签字：_____

日期： 年 月 日

注意事项：

按要求准备相关附件证明材料：

- 1、医师执业证书扫描件、职称证书扫描件、个人简历、个人身份证正反面扫描件
- 2、请将填写完整的报名表（PDF 格式）及所有附件材料电子版，打包压缩后发送至指定邮箱：邮箱地址：hjlin@fjfccf.com，邮件主题请务必注明：“种光计划-医生报名 - 姓名 - 所在医院 - 科室