**附件：**

**中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金**

**医师身心健康活动申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | | 年 龄 |  | | 照 片 | |
| 民 族 |  | | 身份证号码 | | | |  | | | | |
| 通讯地址 | | |  | | | | | | | | |
| 工作单位及科室 | | |  | | | | | | | 负责人姓名 | |  | |
| 负责人电话 | |  | |
| 本人手机号码 | | |  | | | | | | | | | | |
| 紧急联系人 | | |  | | 电话 | | |  | | | 关系 |  | |
| 紧急联系人 | | |  | | 电话 | | |  | | | 关系 |  | |
| 个 人 工 作 简 况 | | |  | | | | | | | | | | |
| 个人感人事迹（500字以内，可另附纸） | |  | | | | | | | | | | | |
| 目前 个人身体状况 | | |  | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | | | （盖 章）  联系电话： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 所属地方医师协会或专科医师分会、专业委员会意见 | | | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 中国医师协会意见 | | | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备 注 | | | 地方医师协会本活动联络人信息  联系人： 联系电话： | | | | | | | | | |