**附件2：**

**中国医师协会以岭关爱医师健康专项基金**

**“爱心援助”医师申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 | | |  | 照 片 | | |
| 籍 贯 |  | 民 族 |  | 政治面貌 | | |  |
| 健康状况 |  | 婚姻  状况 |  | 参加工作  时间 | | |  |
| 身份证号 |  | | | | | | |
| 专业技术职称及取得时间 | |  | | | 执业医师资格取得时间 | |  | | | |
| 毕业院校及专业、学历 | |  | | | | | | | | |
| 现工作单位、科室 | |  | | | | 负责人姓名 | | |  | |
| 负责人电话 | | |  | |
| 通讯地址、邮编 | |  | | | | | | | | |
| Email | |  | | | | | | | | |
| 个人联系电话 | |  | | | 手机号码 |  | | | | |
| 家庭直系亲属联系电话 | | 1. 2、 | | | | | | | | |
| 工 作 经 历 |  | | | | | | | | | |
| 个人身患疾病心系患者感人事迹（1500字以内，写不下可另附纸） |  | | | | | | | | | |
| 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： | | | | | | | | |

中国医师协会 二○一七年制