

# 2026 年第 6 届亚太甲状腺外科学会大会

## 资助申请表

### 填写说明

1. 本基金会公益资助项目对象主要为医学领域工作者。
2. 填表者应已基本具备如下条件：
  - (1) 爱党爱国、不发表不当政治言论，不从事危害国家安全的行为，保证不支持任何从事危害国家安全的个人或组织。认同上海馨心医学科技发展基金会宗旨：弘扬慈善大爱，促进医学科技事业发展。
  - (2) 全国三级以上公立医院的医务工作者，长期从事甲状腺领域疾病诊疗工作，具有丰富的临床经验。
  - (3) 具有主治及以上职称的（具有医师资格证或其他医学资格证）；
  - (4) 具有与参加本项目相适应的英语水平。

3. 本表中空格均应填写，确系无内容可填的，应填写“无”。

4. 按照所在单位、行政主管部门、外事管理机关关于出国（境）及参加境外交流管理规定的要求，办理审批或备案等手续；**填写并盖章**本申请表后，填表者请将申请表原件邮寄至以下地址并以邮件方式发送本至 [project@care-warm.org.cn](mailto:project@care-warm.org.cn)。

邮寄地址：上海市徐汇区龙兰路 277 号东航滨江中心 1 号楼 15 楼 1504 室 亚太甲状腺 项目部 联系电话：15316706035

申请参加本项目者应如实填写下表

姓 名			出生 日期		
性 别		民 族		党 派	
专业专长		学 位		职 称	
工作单位及 地 址					
科 室			职 位		
详细通信 地址			邮 政 编 码		
手 机			单位电话		

申请人承诺：

保证所填内容的真实性。在 **2026 年第 6 届亚太甲状腺外科学会大会**过程中严格遵守国家及目标国家地区有关法律、法规，遵守上海馨心医学科技发展基金会有关规定。按本项目的计划如期参与学术交流活 动。参加活动的费用标准符合其所在医院或单位的规定标准。接受基金会的检查和监督。

申请人签名：

年 月 日

所在单位意见（盖章）：

年 月 日