**《甫寸医基金援助基层医生参与继续教育经费申请表》**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  |
| 手机号码 |  | | 电子邮箱 |  | |
| 工作单位 |  | | 部门职位 |  | |
| 工作单位地址 |  | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 银行卡号 |  | | | | |
| 开户行地址 |  | | | | |
| **参会学术活动、培训信息：**   1. 活动名称： 2. 活动地址： 3. 活动时间： 4. 活动内容（概述）： 5. 活动经费预算：   （包括不仅限于往返交通、市内交通，最多不超过3000元） | | | | | |