**中国非公立医疗机构协会儿科专业委员会**

**赴美国哈佛大学医学院学术交流访问报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **姓名** |  | **民族** |  |
| **姓名拼音** |  | **职务/职称** |  |
| **性别** |  | **户籍地址** |  |
| **身份证号** |  |
| **护照号** |  | **有效期** |  **年 月 日（有效期半年以上）** |
| **护照签发地** |  | **护照类型** | **□公务 □因公普通 □因私** |
| **是否已有****美国签证** | **□是 □否** | **是否需要****代办签证** | **□是 □否** |
| **是否住宿** | **□是 □否** | **住宿要求** | **□单人大床 □双人拼床** |
| **联系手机** |  | **邮箱** |  |
|  **申请人：** **年 月 日** |