**附件： 中国非公立医疗机构协会赴日本访问报名表**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 （有效期需7个月以上） |
| **护照签发地** |  | **护照类型** | **□公务**  **□因公普通 □因私** |
| **手机号码** |  | **电子邮箱** |  |
| **是否需要****代办签证** |  **□是**  **□否** | **住宿要求** | **□大床 □标间** |
| **本单位赴日访问需求或希望对接的资源：** |

**年 月 日 （单位盖章）**