**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）**