北京慢性病防治与健康教育研究会
参会报名回执表

项目名称：中华医学会第十九次生殖医学学术会议资助项目

一、报名条件

（一）申请参会人员原则上应具备以下条件：

1.遵守国家法律法规及相关管理要求，具有良好的职业操守和专业素养；

2.从事生殖医学及相关专业领域的临床、教学、科研等工作，包括但不限于生殖内分泌学、男科学、遗传学、免疫学、心理学及医学伦理学等相关方向，原则上具备副高及以上专业技术职称；

3.根据会议学术交流需要，承担大会发言、主持、讨论等学术任务的专业人员可优先考虑。

（二）请报名人员根据实际情况如实填写以下信息：

*姓　　名：	
*医师执业证书编号	
*联系电话：	
*科　　室：	
职　　务：	
*职　　称：	
*工作单位： （请填写省、市及单位全称）	

二、报名人承诺

本人确认上述报名信息真实、准确、完整，并同意北京慢性病防治与健康教育研究会在本次参会组织、资格审核、联络沟通及项目管理所必需的范围内使用本人提供的信息。

本人确认本次参会旨在开展医学学术交流、专业知识分享及业务学习，不以产品推广、商业促销或商品购销为目的，不与产品采购、供应、推荐或其他商业利益安排挂钩。

本人承诺遵守国家相关法律法规、会议管理要求及学术交流规范，按照会议安排参加相关活动，并对本人参会期间的言行负责。

本人确认参加本次会议符合所在单位相关管理规定；如所在单位对外出参会、接受会议支持等事项有审批或报备要求，本人已按规定履行相应程序。

报名人签名：_____

日期：_____年___月___日　　所在单位盖章:

《参会回执表》须由医生本人签字，并按所在单位管理规定加盖单位相关印章，不统一限定印章名称及层级，不另行要求医院管理人员签字。本会负责核验并留存相关材料。