

医心守护儿童成长公益项目

线下科普申请表

姓 名		性别		年龄	
身份证号				所在医院	
联系电话				所在科室	
电子邮件				职务及职称	
实施要求	组织线下科普活动，每场不低于 40 分钟，参与人数不低于 20 人；活动需要配备 ≥ 1 名专业医务人员，需要包含互动问答环节，进行现场答疑并完整记录。 注：项目将为通过申请的线下科普活动，提供易拉宝、海报等宣传物资。				
线下科普	开展时间			实施地点	
	计划主题			覆盖人数	
	物资邮寄地址				
	简要概述科普内容和方式（字数不超过 300 字）				

单位意见	(是否同意申请)			
	(盖章) 年 月 日			
	经办人		联系电话	
个人承诺书	1.本人确认已经向本人所在医疗卫生机构申报并获同意，可以使用职务身份（包括各类医疗专业委员会职务）进行健康知识科普。 2.本人确保提供给中国人口福利基金会的申请材料及相关信息是真实、正确、完整的，不含任何虚假信息。中国人口福利基金会及其指定的第三方有权使用本人提交的任何资料和个人信息，包括姓名、肖像、照片、简历、授课资料、影音材料等。 3.本人明确知晓个人应承担的法律义务，对违反上述承诺的行为，依法承担相应的法律责任。			
	申请人签字		申请时间	年 月 日
附件：（附表格后） 1.申请人身份证（正反面）； 2.申请人执业证书、职务及职称等有效证明资料； 3.申请人所在医院及科室简介； 4.授课 PPT。				