**2025年“梅里埃·广慈”中法医学合作与交流项目**

**相关医学院校学者赴法交流学习资助申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生地 |  | 国籍 |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | 从事专业 |  |
| 职 务 |  |  职 称 |  |  最高学位 |  |
| 目前所在单位名称 |  |
| 赴法时间 |  | 法国接受院校/机构名称 | 中文：  |
| 法文： |
| 国内通信地址 |  |
| 邮政编码 |  | 单位电话 |  |
| 手 机 |  | 电子信箱 |  |
| 外方接受院校/机构联系地址 |  |
| 外方联系人邮箱及电话 |  |
| **个人简介**（包含教育经历及工作经历） |

|  |
| --- |
| **论文或专著发表情况**（近5年代表性论著） |
| **科研成果及获奖情况**（请注明第几完成人） |
|  |
| **赴法研修计划、预期达成目标及成果** |
|  |
| **所在单位审核意见** |
| **负责人签章（加盖单位公章）：** **日期：** |