**2025年“梅里埃·广慈”中法医学合作与交流项目**

**上海交通大学医学院、附属医院学生及青年骨干赴法交流学习**

**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 | |  | 最高学位 |  |
| 目前所在院校/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 | |  | | | |
| 法国接受院校/机构地址 |  | | | | | | | | | |
| 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**（在职人员须填写） |
| **负责人签章（加盖单位公章）：**  **日期：** |