附件1：

国家级贫困县参会代表单位证明

中华医学会耳鼻咽喉头颈外科学分会：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 专业 |  | 技术职称 |  | 民族 |  |
| 医师资格证编号 |  | | | | |
| 工作所在省 |  | 市 |  | 自治区 |  |
| 工作单位 |  | | | 邮编 |  |
| 单位地址 |  | | | 单位电话 |  |
| 家庭地址 |  | | | 手机 |  |
| 本人申请参加“中华医学会第十七次全国耳鼻咽喉头颈外科学术会议”，所在地区为国家级贫困县。  申请人签名：  2020年 月 日 | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 以上情况属实，特此证明。  证明人（签名）：  单位盖章：  2020年 月 日 | | | | | |

注：此证明当年有效。