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。