附件

**华亘-甘肃省关爱医师专项基金资助申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请人姓名** |  | **性别** |  |
| **出生年月** |  | **民族** |  |
| **身份证号** |  | **工作单位** |  |
| **申请基金资助理由** | **本人签名：** | | |
| **所在单位意见** | **负责人签名： 单位公章**  **年 月 日** | | |
| **省医师协会意见** | **负责人签名： 单位公章**  **年 月 日** | | |