**附件1**

**东南大学医学院2025年中美临床研究培训项目报名申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学院 |  | 所在学系 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 学历/学位 |  | 职称 |  |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 工作及教育经历： |
| 近五年发表代表性文章（限填5篇） |
| 近五年承担科研项目（限填5项）： |
| 奖项与荣誉（限填5项） |
| 学系意见：学系主任签字：年 月 日 |
| 推荐单位意见：推荐单位签章（医学院）：年 月 日 |

申请人签字：

日期：