瑞鸥基金会科学创新联盟成员申请表（学术团体）

编号：

|  |  |
| --- | --- |
| 学术团体对外名称 |  |
| 您的学术团体规模 |  人 |
| 团队核心成员 |  |
| 团队办公地址 |  |
| 团队网站或公众号（如没有可不填） |  |
| 您和您的团队属于 | □1.高等院校中的学术团队□2.医疗机构中的学术团队□3.科研机构中的学术团队□4.个人工作室 |
| 学术带头人1信息：（必填） |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 目前所在城市 |  |
| 最高学历 |  | 供职单位 |  |
| 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |
| 个人简历 | （请以附件形式单独呈现） |
|  |
| 学术带头人2信息：（如没有可不填） |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 民族 |  | 目前所在城市 |  |
| 最高学历 |  | 供职单位 |  |
| 出生年月 |  | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  |
| 个人简历 | （请以附件形式单独呈现） |
| （以下部分请尽可能填写完整） |
| 团队的主要研究方向 |  |
| 在罕见病领域的研究方向 |  |
| 目前的主要研究成果、成果转化情况、相关论文发布情况 |  |
| 核心成员及团队的荣誉、获奖情况 |  |
| 申请加入科学联盟的原因 |  |
| 申请人签字 | 自愿申请成为“瑞鸥科学创新联盟”成员，并自觉遵守联盟管理办法，履行成员义务。  申请人签字：       日期：（此处签字必须为学术带头人本人）  |
|  联盟意见 （由联盟工作组填写） |        经办人：                 日期：       |

备注：

1. 编号、联盟意见由联盟工作组填写。
2. 本表格提交电子版后，需打印这份申请表并手写签字邮寄至联盟工作组。一并需寄出的还有：个人身份证正反面复印件并签字、作为附件的个人简历。（您提交的涉及个人信息的身份证件等资料，仅供基金会审核并存档使用，未经您的许可将不会透露给任何第三方机构）
3. 联系方式

邮寄地址：浙江省杭州市余杭区五常大道 138 号未来研创园鸿雁园区1号楼417室，瑞鸥科创联盟

联系电话：0571-88733973 Email：alliance@hope4rare.org.cn

联系人：张女士 手机：133-8581-3533