**出国境申请表**

**填写说明**

1、此表用于首都医科大学在职教职工（含宣武医院）申请办理出国/境手续。

2、因审批报告必须上报并涉及多个部门，所以申请人至少应于出国/境前**两个月**填写此表

（可复印），办理报批手续。每表一人，**不需另写申请报告**。

3、此表由出国人员本人填写（纸质或电子版），要求内容真实，字迹工整，可打印。

4、申请表格各级领导审批后，连同**邀请信原件**（**快递件**,电子邮件无效，外文材料须附加中文翻译件）及复印件三份、日程中英文3份、因公临时出国任务和预算审批意见表、身份证复印件3份、交到院长办公室。赴港澳台需提供中文邀请信四份，赴日本需提供**日方的招聘状、身元保证书**和**在日滞留日程表**。

5、填表注意事项：

（1）出境时间请根据邀请信如实填写。

（2）出访国家和地区要求如实填写。

（3）**出国目的、内容**根据出国类别的不同分别要求如下：

**会 议**：会议名称（原文及中文）、简要内容；申请人参会任务；

**考察访问**：考察的具体内容、欲达到的目的等。

**合作研究**：合作研究的题目、属何种协议；合作伙伴的情况；欲达到的目标等；

**培训进修**：进修的具体内容、欲达到的目标等。

**攻读学位：**注明是否联合培养；

**其 他**：据实详细填写。

（4）出国申请审批顺序：科室 支部 医院 院党委 经费主管部门 首医人事处 首医国合处；院级领导从支部开始 医院 院党委 首医组织部 经费主管部门

首医人事处 首医国合处。

（5）支部及院/机关党委意见：只需填写最终意见即可。

（6）经费来源：须说明对方是否全部支付，如为对方部分支付，须注明所支付内容，并需出示有关资助证明；如公费支付，请注明经费种类（课题经费或其他经费）并由经费主管部门签字同意。

（7）单位正职出国出境，实行交叉签字负责制。

**首都医科大学宣武医院出国／出境申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 | |  | | 出生日期 | | | |  | | | 出生地 | |  |
| 政治面目 | |  | | | 因公护照号码 | | | | **没有可不填写** | | | | 有效期 | | | **没有可不填写** | | |
| 所在单位 | |  | | | | | | | 行政职务 | | | |  | | | 职 称 | |  |
| 外语语种 | |  | | | | 外语水平 | | | □一般 □良好 □熟练 | | | | | | | 健康状况 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | 手机号码 | | |  | | | | | Email | |  | | |
| 出访时间 | | **填写离京时间-抵京时间（北京时间）** | | | | | | | | | | 身份证号码 | | |  | | | |
| 出访国家  （地 区） | | | **出访国家和地区要求如实填写** | | | | 境外邀请单位**中英文**及其**通讯地址** 和**电话** | | | | **例：**亚洲/大洋洲老年学和老年病学大会  Asia/Oceania Congress of Gerontology and Geriatrics  ADRESS: PICO Building,10 Soi, Sukhumwit, Bangna, Bangkok 10260 Thailand TEL: +662 7487881 | | | | | | | |
| 出访活动类别 | | | □会 议 □合作研究 □访问考察 □培训进修 □攻读学位 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 经费来源 | | □对方资助（□全部/□部分） | | | | | | 若部分资助请注明资助内容，如公杂费、食宿费等 | | | | | | | | | | |
| □公费（写明具体费用来源） | | | | | | 经费种类（课题经费或其他经费） | | | | | | | | | | |
| □自费 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 出访主要任务 | **按实际情况选填:**  **会 议**：会议名称（原文及中文）、简要内容；申请人参会任务；  **考察访问**：考察的具体内容、欲达到的目的等。  **合作研究**：合作研究的题目、属何种协议；合作伙伴的情况；欲达到的目标等；  **培训进修**：进修的具体内容、欲达到的目标等。  **攻读学位：**注明是否联合培养；  **其 他**：据实详细填写。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 科室意见：  科主任签字：  年 月 日 | | | | 支部意见：  支部书记签字：  年 月 日 | | | | | | 财务部门意见：  部门负责人签字：    年 月 日 | | | | | | | 医院意见：  **科主任、支部书记、财务**  **部门三方签字后交至院办**  签字：  （盖章）  年 月 日 | |
| 首医国合处意见：  签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | 首医人事处意见  签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | 首医组织部意见：    签字：  （盖章）  年 月 日 | | | | | | | 医院党委意见：  签字：  （盖章）  年 月 日 | |
| 校领导意见：  签字 ： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

申请人签字： **亲笔手签** 日期： 年 月 日