附件1

**认知科学和脑疾病转化医学大会**

**专题研讨会申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专题研讨会题目** |  | | | | |
| **专题组织者** | 组织者姓名、单位、职务职称  （专题研讨会组织者应当至少两人，一人来自认知科学基础研究领域，一人来自脑疾病临床医学领域） | | | | |
| **专题研讨会简介** | （不超过300字） | | | | |
| **9月26-28日现场参加总结大会情况** | 组织者是否意向现场参会：🞏是 🞏否  本专题预计现场参会的总人数： | | | | |
| **其他需求** |  | | | | |
| **联系人** |  | **联系电话** |  | **邮箱** |  |

注：如申请多个专题研讨会，请另填1份表格