附件2

**个人声明**

本人 （姓名），身份证号：

保证本次申请2025年中国中医科学院眼科医院“呦呦鹿鸣”夏令营材料真实有效，如有虚假将取消入营资格与后续活动报名资格。

本人签名：

年 月 日