成都高新医学会“临床科研能力提升培训班”报名表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 职称/职务 | 单位 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

请务必于2021年8月7日前将报名表[发至好医生医学教育中心邮箱yuanzhan@mail.haoyisheng.com](mailto:同时报Excel电子版抄送云南好医生医学教育中心邮箱13668716808@126.com)