附件

2024年临床科研申报专题培训班

单位名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 电 话 |  |
| 发票抬头 |  | 邮 箱 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 科室及职务 | 身份证号码 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.请务必填写完整学员信息，以免影响审核入群；

2.请将报名表电子版发至电子邮箱zpglfwzx@163.com