**中国儿科医生诊疗能力提升项目**

**申请书**

**申请人：**

**所属医院及科室：**

**申请人职称：**

**通 讯 地址：**

**联 系 电话：**

**电 子 邮箱：**

**申 报 日期：**

此表由北京康盟慈善基金会编制，解释权归北京康盟慈善基金会。

**一、申请人基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请人** |  | **所属医院** |  |
| **所属科室** |  | **职称** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  |
| **是否为儿科领域研究方向或临床方向** |  |
| **是否相关疾病领域的临床治疗经验** |  |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参与中国儿科医生诊疗能力提升项目，明白项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与项目交流。且本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**