儿科医生诊疗能力提升项目第二期 申请书

一、申请人基本情况：

申请人		所属医院	
所属科室		职称	
职务		联系电话	
通讯地址			
电子邮箱			
是否为儿科领域研究或临床方向			
是否相关疾病领域的临床治疗经验			

二、申请者承诺

本人自愿申请参与儿科医生诊疗能力提升项目第二期，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）：

申请日期：

*此申请书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。