报名表

|  |
| --- |
| **Part 1. 医院信息** |
| 医院 |  |  □ 公立医院 □ 民营医院 □ 妇幼保健院 □ 医联体单位 |
|  □ 批准开展人类辅助生殖技术 □ 未批准开展人类辅助生殖技术 |
| 地址 |  | 联系电话 |  |
| 接收捐赠药品药库地址 |  | 接收捐赠药品药库联系方式 |  |
| **Part 2 本项目负责人** |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 科室 |  |
| 参与的专业协会/学会 |  |
| **Part 3. 学术/研究成果** |
| 著作/论文/科研贡献 |
|

|  |
| --- |
| **Part 4. 本项目负责人签字、医院盖章** |
|  本项目负责人： 医院盖章：日期：年 月 日  |

 |