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 | | | | | | | |