第五届《重庆市临床医师合理用血培训班》暨第四届

《重庆市输血医师培训班》报名表

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **科室** | **职务/职称** | **手 机** | **是否**  **住宿** |
|  |  |  |  |  | 是□ 否□ |
|  |  |  |  |  | 是□ 否□ |

**联系人： 联系电话: 微信号：**

**备注：请参培人员在2023年5月4日前，将报名表发送到协会电子邮箱：chongqingssxxh@163.com。**