**中日友好医院**

**远程医疗进修意向表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 学 历 |  | 职 称 |  | 职 务 |  |
| 拟进修科室或专业 |  | 进修起止时 间 |  |
| 单位名称及所在科室 |  | 联系电话电子邮箱 |  |
| 进修信息来源 |  |
| 进修目的与要求 |  |

请将电子版发送至中日医院远程医疗中心邮箱：zryc6111@126.com