

中国医疗保健国际交流促进会肾脏病防治联盟

中华医学会肾脏病学分会

华佗工程-腹膜透析置管手术规范化项目实践进修申请表

姓名		性别		出生年月	
单位				职称	
单位地址				学历	
联系电话			邮箱		
目前腹透置管情况	历史独立置管总数:				
	目前平均每例腹透置管时间:				
培训内容及要求					
申请人 单位意见	同意 <input type="checkbox"/>				
	不同意 <input type="checkbox"/>				
			签字(盖章):	年 月 日	
医促会意见					
			签字(盖章):	年 月 日	
中华医学会肾脏病学分会意见					
			签字(盖章):	年 月 日	
备注:	1 期 <input type="checkbox"/>				
	2 期 <input type="checkbox"/>				

注: 实践申请以带教医院就近原则匹配。

请将申请表寄给项目组联系人: 傅后申

电话: 18721100687

邮箱: cpam-huatuoft@cpam.org.cn

地址: 上海市徐汇区南丹东路 238 号 28 楼 D 座