**急性髓系白血病患者健康教育项目**

**申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请人姓名 |  |
| 申请人所在医院（药店） |  |
| 申请人医院科室  （如申请人为药师则不需填写） |  |
| 申请人联系电话 |  |
| 申请人邮箱 |  |
| 申请人职称 |  |
| 申请内容  及申请承诺 | 本人自愿申请参与急性髓系白血病患者健康教育项目，知晓项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与患教活动。且本申请表格填写内容真实无误。  申请医院（药房）：  申请时间：  申请人签字： |