**护苗助长 医路童行—儿童生长发育义诊与专家走基层项目**

**申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 活动类型 | □儿童生长发育义诊□线下带教会诊□线上病例讨论 |
| 申请医院名称 |  |
| 申请医院等级 |  |
| 申请人姓名 |  |
| 申请人职称 |  |
| 联系电话 |  |
| 疾病领域 |  |
| 计划活动日期 |  |
| 活动地点 |  |
| 申请内容  及申请承诺 | 本医院自愿申请参与“护苗助长 医路童行—儿童生长发育义诊与专家走基层项目”，知晓项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与义诊活动。且本申请表格填写内容真实无误。          申请医院：  申请时间：  申请人签字： |