附件：

临床技能实验教学中心培训报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 项目名称 |  | | |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 学历 |  | 专业 |  |
| 部门/学院 |  | 科室/年级 |  |
| 部门意见 |  | 中心意见 |  |