**附件2：**

**临床科研专项培训报名表**

|  |
| --- |
| **个人基本信息** |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 学 历 |   |
| 职 务 |   | 职 称 |  | 专 业 |  |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 电 话 |  |
| 1. mail
 |  |
| **科研成果** |
| 已发表SCI文章（第一作者或通讯作者） | （ ）篇 |
| 已发表中文核心期刊文章 （第一作者或通讯作者）  | （ ）篇 |

开票信息：

|  |  |
| --- | --- |
| 发票抬头 |   |
| 纳税人识别码 |   |