**入室培训申请信息表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请者姓名 |  | 申请者身份 | | □教师 □临床医生 □其他 | | |
| □研究生 | | 导师姓名 |
| 联系电话 |
| 学院院系  单位科室 |  | | | | | |
| 联系电话 |  | | 电子邮件 | |  | |
| 实验预开展时间 | □1月内 □3月内 □半年内  □教师 □临床医生 □其他 | | | | | |