附件：

首届重庆市住院医师规范化培训临床技能竞赛义务提供医学教学模型报名回执

单位名称： （盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 注册地址 |  | | |
| 联系人 |  | 电话 |  |
| 单位简介 | | | |
|  | | | |
| 可提供产品 | | | |
|  | | | |