附件：

第二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 | | | |
|  | | | |

请填写后电子版发至466943860@qq.com。