“数智名医”肿瘤疾病健康教育项目申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目信息** | 项目名称 | 中国红十字基金会“数智名医”肿瘤疾病健康教育项目 | | | | | | | | |
| **项目申请人信息** | 姓名 |  | | | 性别 | |  | | 民族 |  |
| 工作单位 |  | 职称 |  | | | 职务 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | 主要研究领域/专业 | |  | |
| 联系电话 |  | | | | 电子邮箱 | |  | | |
| 联系地址 |  | | | | | | | | |
| 职称证明 | 附证明文件复印件/扫描件 | | | | | | | | |