

学分申领信息收集

姓名： 省市： 医院： 科室： 职称： 身份证号： 医生执业资格证号： 邮箱： 学分邮寄地址： 手机号码：

温馨提示：请务必填写全部信息，以免影响学分发放项目组委会收到案例审核后，5-10个工作日内发放II类学分5分如有疑问，请发送信息至项目邮箱：sjztmdt@163.com