

附件1

安徽省口腔种植病例展示报名表

医师姓名		性别		年龄	
职称		工作单位		科室	
邮箱			联系电话		
分享病例题目					
患者姓名		性别		年龄	
病例类型	美学种植 <input type="checkbox"/> 即刻种植 <input type="checkbox"/> 无牙颌种植 <input type="checkbox"/> 软硬组织增量 <input type="checkbox"/> 数字化种植 <input type="checkbox"/> 多学科联合种植 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> _____				
科主任意见：					
签字盖章					

注：请务必于8月31日前，提交报名表及参展作品。