

中国医师协会腹腔镜外科医师培训申请表

江苏省苏北人民医院腹腔镜技术培训（高级班）

姓名		性别		照 片
职称		年龄		
联系电话		E-mail		
工作单位				
个人简介	签名： 年 月 日			
有任何腔 镜培训或 操作经验				
单位意见 及盖章	单位（盖章）： 年 月 日			
备注				

注：印刷体填写本表，申请者本人签字并单位盖章后发图片到微信 18952783556 或 18051063779 预报名；现场报名时请携带本申请表原件及身份证，具体时间另行通知。