**附件2：**

**全国县级医院腹腔镜手术培训申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 工作单位 | |  | | | | |
| 专业 |  | | 学历 |  | 职称 |  |
| 职务 |  | | 联系电话： | | 电子邮箱： | |
| 通讯地址及邮编 | | |  | | | | |
| 个人简历  （含腹腔镜学习培训经历） | | | | | | | |
| 个人进修意愿  个人签名：  日期 | | | | | | | |
| 科室意见  科室主任签名：  日期 | | | | | | | |
| 单位意见  单位领导签名：  日期  单位公章 | | | | | | | |