附件1

**外科基本技能交流会医院报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医疗机构名称 |  | 医院级别 |  |
| 医院类型 | □综合 □专科 | 所在省市 |  |
| 联系地址  (含邮编) |  | | |
| 外科培训基本情况 | | | |
| 是否参加过外科基础技能提升项目相关培训 | □是 □否 | 是否为教学医院 | □是 □否 |
| 交流会领队姓名 |  | 联系电话 |  |
| 近两年开展过或  参加过的培训项目 |  | | |
| 申请人签字 | 承诺以上信息真实有效，签字：  年 月 日 | | |
| 医疗机构审核意见  (签字并加盖医院公章) | 签 字 ：  年 月 日 | | |

填表说明：

1.所填报的信息应当真实有效。

2.加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。