附件2

**外科基本技能交流会学员报名表**

省份： 医疗机构名称：

|  |
| --- |
| A.手工深部打结 |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| B.手工肠肠吻合 |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| C.腔镜下缝合打结 |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| D.腔镜下剪圆 |
| 姓 名 |  | 年 龄 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  |
| 技术职称 |  | 联系电话 |  |
| 本人签字盖章（四人签字） | 承诺以上信息真实有效，签字：年 月 日 |
| 单位盖章(签字并盖章) | 签 字 ：年 月 日 |

填表说明：

1.所填报的信息应当真实有效。

2.申请交流会学员应当符合以下要求：

(1)遵守执业道德，有较强的事业心和责任感，年龄原则上不超过45周岁，身体健康；

(2)具有住院医师及以上专业技术任职资格的中青年；

3.加盖公章应当为医疗机构公章或其主管行政部门章。