附件一：

**内蒙古医科大学附属医院腹腔镜微创技术高级培训班**

**报名表**

|  |
| --- |
| **个人基本信息** |
| 姓名 |  | 年龄 |  |
| 联系电话 |  | 职务/职称 |  |
| 工作单位 |  |
| 专业领域 |  | 医师执业证书编号 |  |
| 腹腔镜操作经验 | □ 无经验（初学者） □ 1年以下 □ 1-3年 □ 3年以上 |
| 所在单位意见 | （盖章） |
| **声明与签字**1. 本人承诺填写信息真实有效，并自愿参加培训。  签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日  |
| 收费凭条收取培训费后财务盖章 （盖章） |