**件1**

**第一期白内障手术培训班**

**申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | 年龄 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | |
| 所在科室 | |  | | | 职称 | |  | |
| 从事眼科年限 | | |  | | | | | |
| 本人可开展手术项目 | | |  | | | | | |
| 手机 |  | | 邮箱 |  | | | 联系地址 |  |
| 选送  单位  意见 | 以上情况属实，同意该同志到成都市第一人民医院眼科培训。  申请人签字：  部门领导签字：  单位盖章：  年 月 日 | | | | | | | |