附件1

**第四期内路微创青光眼手术培训班**

**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 |  |
| 从事青光眼专业年限 |  |
| 本人可开展青光眼手术项目 |  |
| 贵院是否有或者准备购买itrack设备 |  |
| 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 |