**手术参访周申请表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性别** |  | | **年龄** |  |
| **专业** |  | | | | **学历** |  |
| **工作单位** |  | | | | **科室** |  |
| **职称** |  | | | | **职务** |  |
| **手机及微信号码** |  | | | | **E-mail** |  |
| **联系地址** |  | | | | **邮编** |  |
| **学习简历** |  | | | | | |
| **工作简历** |  | | | | | |
| **个人承诺**  本人申请参加中国医科大学附属口腔医院口腔颌面外科主办的“手术参访周”活动，参加活动期间食宿及个人一切事务由本人自行负责，并承诺服从主办方的安排、遵守主办方的一切规章制度。  **本人签字**  **年 月 日** | | | | **单位意见**  **(单位盖章)**  **年 月 日** | | |