**附件：**

**手拉手妇科内镜手术培训班报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | □男 □女 | | |
| 职 务 |  | 职称 | □主任医师 □副主任医师  □主治医师 □住院医师 | | |
| 工作单位 |  | | | 科 室 |  |
| 通讯地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 联系电话 |  | | | 手 机 |  |
| E-mail |  | | | | |
| 住 宿 | □是 □否 □合住 □包间 □单间 | | | | |
| 发票抬头 |  | | | | |