附件 1

# 香港大学深圳医院

参 观 学 习 申 请 表

参观科别 小儿骨科

姓 名

选送单位名称

选送单位地址

单位联系电话

个人联系电话

电子邮箱

填表时间 年 月 日

**教学部版次：第 4 版，2022 年 5 月 20 日修订**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | | 年龄 |  | 张贴  相片 |
| 学 历 |  | 参加医疗工作时间 |  | | 健康  状况 |  |
| 学 习  目 的  要 求 |  | | | 学 习  时 间  安 排 | 年 月 日  至 年 月 日  共 个月 | | |
| 选 送  单 位  意 见 | 签名：  （加盖公章）    年 月 日 | | | | | | |
| 医 院  接 收  科 室  意 见 | □同意接收 □不同意接收  学习费用：   * 收费 , 元/月，合计 元 签名： * 免费     年 月 日 | | | | | | |
| 教 学  部审核 | 签名：    年 月 日 | | | | | | |
| 医 院  领 导  意 见 | 签名：  年 月 日 | | | | | | |

**教学部版次：第 4 版，2022 年 5 月 20 日修订**