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**