**淋巴瘤规范化医生培训项目**

**报名申请表**

1、本人自愿参与由北京生命绿洲公益服务中心主办，淋巴瘤规范化医生培训项目，填写本表真实有效；

2、参加项目医院要求：全国县域医院(一级);

3、参加学习医生要求；主治医师及以上职称；专业方向：血液肿瘤；

4、培训中心选择参与学习医生要求：1,符合参加学习医生要求、2,人员

数量符合每个培训中心设立人数。

5、本报名表可通过北京生命绿洲公益服务中心官网下载填写，官网地

址：http://www.ilvzhou.com;填写完成之后发至项目办邮箱：jixuyao@ilvzhou.com,以备项目办审批备案。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名(正楷) |  | 性别 |  |
| 联系方式 |  |  |  |
| 身份证号码 |  |  |  |
| 任职医院(正楷) |  |  |  |
| 所在科室(正楷) |  |  |  |
| 申请内容及申请人承诺 | 本人自愿申请参与淋巴瘤规范化医生培训项目，明白培训活动的目标和内容，并确认已经通过医院批准或已完成医院内部必要的审批流程(如有),也将积极配合项目的相关执行流程及内容，会根据要求参与学习交流，并在学习完成后填写“学习反馈表”。且本人承诺申请表格填 写内容真实无误。    申请人：  申请时间： 年 月 日 | | |
| 科室负责人  审批意见 | 审批人：  审批时间： | | |
| 项目办审批意见 | 审批人：  审批时间： | | |
| 培训中心  接收意见 | 审批人：  审批时间： | | |

北京生命绿洲公益服务中心

2022年6月1日