**国际医学交流项目—第41届欧洲区域麻醉和疼痛治疗学年会**

**申请书**

**申请人：**

**所属医院及科室：**

**申请人职称：**

**通讯地址：**

**联系电话：**

**电子邮箱：**

**申请日期：**

**一、申请人基本情况：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申请人** |  | **所属医院** |  |
| **所属科室** |  | **职称** |  |
| **职务** |  | **联系方式** |  |
| **邮箱** |  | | |
| **是否为麻醉和疼痛领域研究或临床方向** | |  | |
| **是否有相关疾病领域的临床治疗经验** | |  | |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参与国际医学交流项目—第41届欧洲区域麻醉和疼痛治疗学年会，明白项目的目标和内容，会根据项目计划要求参与项目交流。且本申请表格填写内容真实无误。

**申请者（签字）：**

**日期：**