**神经调控在骨科疼痛管理应用的技术交流会  
申请书**

**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 |  | | |
| 申请日期 |  | | |
| 是否具备硕士以上学历，主治医师以上职称 | |  | |
| 是否来自三级以上医疗机构，从事骨科、疼痛、神经、脊柱科等相关学科 | |  | |
| 具备丰富的相关领域专业知识和临床经验，以及丰富的教学经验 | |  | |

1. **申请者承诺** 本人自愿申请参加神经调控在骨科疼痛管理应用的技术交流会 ，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：**