**脊髓性肌萎缩症规范化诊疗医生培训项目**

**报名申请表**

本人自愿参与由北京生命绿洲公益服务中心主办的脊髓性肌萎缩症规范化诊疗医生培训项目，填写本表真实有效。培训中心复旦大学附属儿科医院定于2021年6月30-7月2日开展第一期培训和观摩。

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:https://www.ilvzhou.com/index.php?m=content&c=index&a=lists&catid=64；填写完成之后发至项目办邮箱：[769229287@qq.com，以备项目办审批备案。](mailto:769229287@qq.com，以备项目办审批备案。)报名截止时间：2021年6月25日。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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） |  | | |
| 工作职称（正楷） |  | | |
| 申请内容及申请人承诺 | 本人自愿申请参与脊髓性肌萎缩症规范化诊疗医生培训项目，了解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： | | |
| 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： | | |