**神经调控技术的临床应用和超声下射频培训班
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** |  |
| **是否从事疼痛科、骨科、麻醉科、康复科、神经外科、介入科相关领域医护人员** |  |
| **护士工作年限是否为2年及以上** |  |
| **医师工作年限是否为2年及以上** |  |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参加神经调控技术的临床应用和超声下射频培训班 ，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：**