**2024年华东六省一市疼痛学学术会议暨山东省医学会第十六次疼痛学学术会议**

**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** |  |
| **是否从事疼痛科相关领域医生、护士、技术专员和研究人员** |  |
| **医师是否在医院工作年限为5年及以上****护士是否在医院工作年限为2年及以上** |  |

**二、申请者承诺**

本人自愿申请参加2024年华东六省一市疼痛学学术会议暨山东省医学会第十六次疼痛学学术会议，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：**