**辽宁省医学会第十五次疼痛学学术会议**

**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 辽宁省医学会第十五次疼痛学学术会议 ，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：**