附件：

**天津市肿瘤医院 人工智能辅助治疗技术**

**进修报名表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  | 照片（加盖医院公章） |
| **身份证****号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **医院** |  | **科室** |  |
| **参加工作时间** |  | **职称** |  |
| **主诊医师****任职年限** |  | **联系电话** |  |
| **所在医院是否****开展该项技术** |  | **微创手术****年限** |  | **微创手术****完成例数** |  |
| **拟开展机器人手术方向** | □ 头颈肿瘤 □ 肺部肿瘤 □ 食管肿瘤□ 胃部肿瘤 □ 泌尿肿瘤 □ 妇科肿瘤 |
| **申报单位意见** | （盖章）年 月 日 |
| **培训单位审批意见** | （盖章）年 月 日 |