



創傷骨科臨床進修計劃

**申請表**

姓名：\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_ 年齡：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_\_

國籍：\_\_\_\_\_ 電郵地址：\_\_\_\_\_

通訊地址：\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



相片

電話：\_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (辦公室)

傳真：\_\_\_\_\_ (住宅) \_\_\_\_\_ (辦公室)

**學歷：**

	學院名稱	學歷
大學：		
研究院：		
專科學院：		

**臨床經驗：**

醫院名稱	職位	年份	專科

您對本創傷骨科培訓助學金有什麼期望？

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

請傳真本申請表至 (852) 2647 7432 或郵寄至香港 威爾斯親王醫院 李嘉誠專科大樓北翼一樓 矯形外科及創傷學進修培訓中心