

香港中文大学
矫形外科及创伤学进修培训中心
创伤骨科临床进修计划



Learn and Practice to Serve Better

申请表

姓名: _____ 性别: _____ 年龄: _____
出生日期: _____ 出生地点: _____
国籍: _____ 电邮地址: _____
通讯地址: _____
电话: _____ (手机) _____ (办公室)
传真: _____



学历:

由: 月 / 年	至: 月 / 年	教育机构 / 院校名称	学历

临床经验:

由: 月 / 年	至: 月 / 年	工作机构及部门	职位	工作性质

预计开始培训日期: _____

您对本**创伤骨科培训计划**有什么期望? (必须填写)

请将填妥的申请表, 连同中英文个人简历, 电邮至 olc-ort@cuhk.edu.hk, 或 邮寄至香港沙田
威尔斯亲王医院 李嘉诚专科诊所北翼一楼 矫形外科及创伤学进修培训中心。

本计划由亚洲创伤骨科学会联合举办及由史赛克公司支持