



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

由史賽克公司及美敦力威高聯合贊助