**吉林省肿瘤医院**

**《肿瘤消融治疗技术培训班(第二期)》报名回执表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 贴照片处 |
| 出生年月 |  | 手 机 |  |
| 身份证号 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | 科室 |  |
| 参加工作时间 |  |
| 单位分级 | 1、二乙□ 2、二甲□ 3、三乙□ 4、三甲□  |
| 职 称 |  | 职 务 |  |
| 详细通信地址 |  | 邮 编 |  |
| 医院是否已开展肿瘤消融技术 | 是（ ） 否（ ）  |