**附件：**

**中国康复医学会水肿与疼痛康复贴扎技术培训班**

**报名申请表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |
| 学历 |  | 工作年限 |  | 手机 |  |
| 职务 |  | 职称 |  | 专科资质 |  |
| 工作单位 |  | 科室/部门 |  |
| 邮箱 |  | 微信号 |  |
| 申请基地 | □北京 □乌鲁木齐 □贵阳 □天津 □深圳 □郑州 |
| 相关培训经历 |  |
| 医院淋巴水肿治疗/贴扎治疗等相关治疗的开展情况 |  |