

会员申请



世界重建显微外科学会

Attach
Recent
Photograph

1, 个人资料

(请填写您的真实姓名, 及拼音)

姓名: _____

办公室地址: _____

办公室电话: _____ 传真: _____ E-mail: _____

研究所地址 (如果有请填写): _____

家庭地址: _____

家庭电话: _____ 传真: _____ E-mail: _____

出生年月: _____年____月____日出生地: _____

国籍: _____ 配偶姓名: _____

目前职务: _____

所属院校、机构: _____

2, 专科培训情况

医学预备课程学校: _____ 学位/日期: _____

医学院: _____ 日期: _____

实习所在医院: _____ 日期: _____

住院医师: _____ 日期: _____

_____ 日期: _____

3, 住院医师阶段后的显微血管外科手术训练 (请写出主要时间, 地点, 训练项目的导师姓名)

4, 临床医生执业证

国家或州

日期

执业号

| | | |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

5, 专科医师证书:

证书

日期

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

6, 专业协会会员:

加入日期

协会名称

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

7, 工作过的医院和附属大学:

时间 (年、月)

医院、大学的相关部门

科/系主任姓名

担任职位

| | | | |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

8, 目前的工作职位

在临床工作的时间 (完成住院医师培训后) _____

目前工作的地方 _____

去年完成临床手术的数量? _____

其中修复、显微外科手术的数量? _____

***请递交一份简表包含去年完成的显微外科手术的手术名称列表 (包括手术日期, 病人住院号和病案首页)。

***请递交一份简历包含你关于显微外科的研究活动, 发表的相关论文及是否有课题基金支助。

推荐人

所有的新会员申请必须有一个推荐人。此人必须是 WSRM 会员。推荐人必须向总秘书处写信支持你的申请。

推荐人姓名

签名及日期

地址

欢迎关于职业活动中所提及的其他信件。委员会对于您训练及工作所在院校，临床和单位的主任来信将尤为感兴趣。

请将先前完整的申请及必须包含的附件寄往：

World Society for Reconstructive Microsurgery

Central Office – Attn: Krista Greco

20 North Michigan Avenue, Suite 700

Chicago, IL 60602 USA

FAX 1-312-782-0553

Email centraloffice@wsrm.net

请将应支付给 WSRM 的\$100 通过信用卡账单信息或书面证实的美国基金会的账单连同会员申请一起寄来。

请核对我的

Visa MasterCard CardNo. _____

截止日期: _____ CID 编号: _____ 注册姓名: _____

信用卡付费地址: _____

签名: _____ 日期: _____