**第三期《上消化道内镜活检组织病理学诊断学习班》通知**

**回 执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **年龄** | **职称** | **职务** | **最高学历** | **最高学位** | **工作单位（注：请填写单位标准全称）** | **是否来自基层（县及以下、社区等医疗卫生机构）** | **单位所在地（省）** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**住宿信息**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **住宿** | **住宿时间** | |
| 是( ) / 否( ) | 天数（）天 | 8月1（），2（），3（），4（） |

**调查问卷**

姓名： 单位：

|  |  |
| --- | --- |
| 1.本人从事临床病理诊断工作年限？ |  |
| 2.科室病理医师人数？ |  |
| 3.2017年本单位病理诊断例数（例/年）？ |  |
| 4.2017年胃镜标本例数 （例/年）？ |  |
| 5.参加本次学习班最希望学习到哪方面内容？ |  |

2019年 月 日