**한국간담췌외과학회**

**타병원 단기방문 프로그램 참가신청서**

**1. 타병원 전문의가 방문했을 때 참관이 가능한 수술의 수술자와 수술명을 모두 써주시기 바랍니다.**

**2. 귀 병원에서 참가자에게 단기방문 프로그램을 제공할 수 있는 기간을 기재해 주시기 바랍니다.**

**3. 귀 병원에서 프로그램 담당할 선생님의 인적사항을 기재해주시기 바랍니다.**

|  |  |
| --- | --- |
| **성명 (국문)** |  |
| **성명 (영문)** |  |
| **소속** |  |
| **직위** |  |
| **핸드폰** |  |
| **E-mail** |  |

**4. 귀 병원에서 참여자에게 다음 사항 제공 가능여부를 기재해주시기 바랍니다. (O, X)**

|  |  |
| --- | --- |
| **주차비 (주차과와의 협의 여부)** |  |
| **숙박장소 (당직실 등의 여부)** |  |

**5. 타병원 단기방문 프로그램에 대한 선생님의 의견을 자유롭게 써주시기 바랍니다.**

제출처: khbps@khbp.or.kr