**Fresh Cadaver Workshop 신청서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **성명 (국문)** |  | | | 성명 (영문) | | | | |
| **선택** | Knee 또는 Shoulder | | | | Basic  Or  Advance | | |  |
| **의사면허번호** |  | **정형외과 전문의번호** | | | | |  | |
| **병원 주소(우)** |  | | **병원명** | | |  | | |
| **병원 주소 <영문명>** |  | | **병원명**  **<영문명>** | | |  | | |
| **핸드폰번호** |  | | | | | | | |
| **e-mail** |  | | | | | | | |
| **전임의 수료여부&기간**  **지도교수님 성함&병원명** |  | | | | | | | |
| **출신대학(졸업연도)** |  | | | | | | | |

20 년 월 일

　　 ☺신청서 작성 후 회신해 주세요!

aac2008@daum.net

\* 워크샵 개최 후 ISAKOS 보고를 위하여,

병원명과 주소도 영문으로 기재 바랍니다.