



美国外科科学院中国香港分院

高级创伤生命支持® (ATLS®) 学生课程申请表 (中国内地适用)

请清楚填写本表格，本院将不接纳不完整填写的表格。

称呼: 医生 教授 (请打钩)

性别: 女 男

中文名: _____

拼音: _____

医院: _____

部门/科室: _____

职位: _____

创伤救治经验: _____ 年

通讯地址: _____

电话(办公室): _____

呼叫机/手机: _____

传真(办公室): _____

电子邮箱: _____

(必顺提供)

以下资料必须提供:

领域/培训时间		如您急需参加 ATLS® 课程, 请说明原因以及您期望的学习日期: 毕业年份: _____ 原因: _____ 语言: <input type="checkbox"/> 普通话 (于深圳上课) (请打勾) <input type="checkbox"/> 英语 (于香港上课) 必须在如下日期或之前完成课程: _____
<input type="checkbox"/> 麻醉学	_____ 年	
<input type="checkbox"/> 急诊医学	_____ 年	
<input type="checkbox"/> 重症监护室	_____ 年	
<input type="checkbox"/> 内科	_____ 年	
<input type="checkbox"/> 整形外科	_____ 年	
<input type="checkbox"/> 外科	_____ 年	
<input type="checkbox"/> 其他: _____	_____ 年	

课程费用: 港元\$15,000 (相等于人民币约\$13,000)

特殊饮食要求 (如有): _____

声明

- 本人声明, 据本人所知, 在申请表和随附的文件 (如有) 中提供的所有信息均准确完整。
- 本人同意一旦参加课程学习, 将遵守中心的规定和制度。
- 本人同意圆满完成课程之后, CHKC-ACS (www.chkc-accs.org) 网站可公开本人的姓名和有关资料, 包括国家、专业、所属医院和课程完成日期等。

签署: _____

日期: _____

课程申请说明

课程申请

申请者必顺以邮寄、传真或电邮方式交回填妥的申请表到外科技能中心。

申请成功会后单独通知，如接受课程培训，则须在规定的截止日期或之前加以回复。如未在截止日期之前作出回复，则入学许可将被取消。培训名额将提供给其他申请人。课程培训名额不得转让。

课程开始四周之内未与申请者联系时，须视为申请列入等待列表。

付款流程

一旦课程培训确定：申请人需以信用卡付款,有关详情将会个别通知。

*请注意，如未在截止日期之前付款，则入学许可将被取消。

退款规定

退款申请必须以书面形式发送至 ATLS 项目经理。

收到退款申请（书面形式）	可以退款
付款之后不到 5 天	50%
付款之后超过 5 天	不予退款

课程取消

如课程被主办单位取消，注册申请人将会获全额退款。

联系我们

地址：深圳福田海园一路1号
香港大学深圳医院
技术培训中心
电话：(0755) 86913333-8577
(0755) 86913333-8576
电子邮箱：atlst@hku-szh.org