報名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2023 Trinity MRI-Ultrasound prostate fusion** | | | |
| 報名住院醫師之基本資料 | | | |
| 姓名 |  | | |
| 目前所在醫療院所 |  | 醫師  層級 | 住院醫師第 年 |
| 聯絡電話 | 手機：  其他聯絡電話： | | |
| e-mail |  | | |

名額有限至多12位，採e-mail 報名，依照e-mail 時間順序, 額滿後, 恕不再接受報名。