**附件：**

**2023年“银河计划”培训学员单位推荐表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | 申报的癫痫中心等级 |  |
| 申报的癫痫中心负责人信息 | | | | |
| 姓名 | 科室 | 职务 | 手机 | |
|  |  |  |  | |
| 推荐参加“银河计划”的学员信息 | | | | |
| 姓名 | 科室 | 职称 | 手机 | CAAE注册会员号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：申报二级癫痫中心可以推荐3名学员，申报一级癫痫中心可以推荐2名学员。

癫痫中心负责人 签 名：

日 期：