附件：

**2020“银河计划”培训学员单位推荐表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 已申报的癫痫中心等级 |  |
| 已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 |  |
| 姓名 |  | 科室 |  | 职称 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 科室 |  | 职称 |  | 手机 |  |

 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：