附件

**全省基层医疗卫生机构领导综合管理**

**能力提升培训班报名表**

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人 | |  | | | 联系电话 | |  | |
| 开票单位名称  纳税识别号 | | | |  | | | | |
| 电子邮箱 | | | |  | | | | |
| 参训人员信息 | | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号码 | | 职务 | 联系电话 | | 单住或双住 |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |  | |  |

注：1.请务必如实完整填写回执内容，以确保培训正常开展；

2.[请将回执表发至电子邮箱ynwsrckfb@163.com。](mailto:请将报名表电子版发至电子邮箱879950149@qq.com。)