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。