附件3

**医学国际在线培训项目报名汇总表**

**单位名称（公章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **最高学历** | **职称** | **科室** | **英语水平** | **联系方式** | **报名项目编号** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |

注：

1.请将本表扫描件（盖公章）及电子版发送至邮箱ynwsrc@163.com。

2.请各单位根据报名人员所在科室及医院情况统筹安排。尽量避免发生确认名单后不能参加培训的情况，特殊情况需提前说明。如若因个人或单位无理由退出，会对各医院后续培训安排造成影响及产生违约金。