附件

医院学科建设与管理者执行力提升培训班回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 预留住宿间数及天数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：1.请于3月9日以前传真至重庆市卫计委培训中心会务组。

2.传真：63651371。

3.邮箱：3511335895@qq.com。

附件2

2018年卫生管理干部综合能力提升培训班

（哈尔滨工业大学）报名申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 个人情况 | 姓名： 性别： 出生年月：职务： 办公电话：身份证号码： 最后毕业学校及专业：qq或邮箱： 手机： |
| 工作单位 | 单位名称：单位地址：邮编：联系人： 办公电话： 传真： |
| 单位意见 | （盖章）年 月 日 |

注：1.此表可复制；

2.传真或发邮件至重庆市卫生计生委培训中心；

3.传真电话：（023）63651371；

 4.邮箱：3511335895@qq.com