附件

基层中医医疗机构管理人员能力提升培训班（第三期）

报名回执

所在单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 | | |  | | | | 所在省、自治区、直辖市 | |  | | 所在[地级市](https://baike.baidu.com/item/%E5%9C%B0%E7%BA%A7%E5%B8%82/2089621?fromModule=lemma_inlink)、[地区](https://baike.baidu.com/item/%E5%9C%B0%E5%8C%BA/13841496?fromModule=lemma_inlink)、[自治州](https://baike.baidu.com/item/%E8%87%AA%E6%B2%BB%E5%B7%9E/1710336?fromModule=lemma_inlink)、[盟](https://baike.baidu.com/item/%E7%9B%9F/13981654?fromModule=lemma_inlink) | |  |
| 单位性质 | | | □公立  □民营 | | 单位等级 | | □三级；□二级；  □一级；□未定级；□其他。 | | 单位类型 | | □中医医院；□中西医结合医院；  □民族医医院；□妇幼保健院；  □综合医院；□中心卫生院；  □乡（镇）卫生院；□其他。 | | |
| 联系人 | | |  | | 联系电话 | |  | | 电子邮箱 | |  | | |
| 报名人员信息 | | | | | | | | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 部门 | | 职务 | | 电话 | | 身份证号 | | 住宿安排 | | 报道时间 | |
| 1 |  |  | |  | |  | |  | | □27日 □28日 □29日 | | □27日下午  □28日上午 | |
| 2 |  |  | |  | |  | |  | | □27日 □28日 □29日 | | □27日下午  □28日上午 | |
| 3 |  |  | |  | |  | |  | | □27日 □28日 □29日 | | □27日下午  □28日上午 | |

注：每单位原则上报名不超过3人。