附件2

**全国人口健康信息化高级管理培训班学员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **职务/职称** |  | | **手 机** |  |
| **单位名称** |  | | | **单位地址** |  | | | |
| **邮 编** |  | **办公电话** | |  | **传 真** |  | | |
| **电子邮箱** |  | | | | | | | |
| **报名培训** | □ 1.委预算管理医院院长与信息中心主任高级管理培训班  □ 2.全国地市级人口健康信息化主管高级管理培训班  □ 3.全国地市级人口健康信息化技术骨干培训班  （请在拟报名培训班前方“□”内打“√”） | | | | | | | |
| **预订房间** | 学员统一安排标准间。 | | | | | | | |
| **备 注** | 请于2014年5月5日前将回执发回学会。 | | | | | | | |