“医院医保管理师岗位能力培训项目”

第十五期培训班报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 电　　话 |  |
| 详细地址 |  | 邮　　编 |  |
| 姓 名 | 性别 | 职称 | 职务 | 手 机 | 邮箱地址 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

（单位加盖公章） 注：此回执表可复印，项目办公室收到回执表后发二轮报到通知