附件2

**中国医疗机构投融资高级研修班报名表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 工作单位 |  | 职称/职务 |  |
| 固定电话 |  | 手机 |  |
| 传真 |  | 电子邮箱 |  |
| 备注 |  | | |