附件2

**社会办医信息化建设培训班报名申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 工作单位 |  | | |
| 联系人姓名 |  | 职称/职务 |  |
| 手机 |  | 电子邮箱 |  |
| 培训班  报名人次 | 姓名 | 职称/职务 | 联系方式 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

注：请填写报名申请表，并于10月29日前发送至zhoubo@cnmia.org，标题请注明“武汉培训班”。