附件2

**专科绩效管理探索与实践培训班**

**参培回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **工作单位** （标准全称） |  | | | |
| **姓名** | **性别** | **年龄** | **职称**  （副高及以上/中级/初级/乡村医生） | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |
| **是否来自基层**  （县及以下、社区等医疗卫生机构） | | | **单位所在地**  （省\自治区\直辖市） | |
|  | | |  | |

请参培学员填写参培回执（附件2），并于11月25日前反馈至邮箱812739873@qq.com。