经我单位研究决定派送下列同志参加培训。 **医院科室签字（章）：**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  | 邮编 |  |
| 姓 名 | 性别 | 年龄 | 职 务 | 电 话 | 传 真 | 手 机 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| E-mail |  | QQ号码  |  |
| 医院等级 | □三级甲等 □三级乙等 □三级合格 □二级甲等 □二级乙等 □二级合格 |

请将报表回执发送邮件至：hanbing\_hb@163.com 或传真至010-51525526