重庆大学附属肿瘤医院2024年第【3】期医院管理培训班报名回执

单位名称（盖章）： 填报人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 工作岗位及职务 | 联系电话 | 班级类别 | 是否住宿 |
| 10月16日 | 10月17日 |
|  |  |  |  |  |  |  | 人才管理班 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 运营管理班 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 护理管理班 |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：班级类别包括：运营管理班、人才管理班、护理管理班，请在以下班级中选择一项。报名回执由**医院审批盖章后统一填报**，务必填写单位联系人和联系方式。人才管理班建议参会人员：负责人才管理、培养、队伍建设相关部门同志。运营管理班建议参会人员：医保、财务等职能部门同志。护理管理班建议参会人员：护理部同志、科护士长、护理骨干。