**医疗健康产业管理研修课程报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **个人信息** | | | | | | | | | （贴照片处） |
| 姓名 | |  | | 性别 | |  | | |
| 身份证号码 | |  | | 出生年月 | |  | | |
| 最高学历 | |  | | 所学专业 | |  | | |
| 毕业院校 | |  | | 毕业时间 | |  | | |
| **联系方式** | | | | | | | | | |
| 手机号码 | |  | | | | 固定电话 | |  | |
| 电子邮件 | |  | | | | 传真号码 | |  | |
| 地址邮编 | |  | | | | | | | |
| **单位信息** | | | | | | | | | |
| 单位名称 | |  | | | | 职务/职称 | | |  |
| 单位网址 | |  | | | | 所属行业 | | |  |
| 地址邮编 | |  | | | | | | | |
| 单位性质 | | | □国有 □民营/私营企业 □外商独资企业 | | | | | | |
| □政府机构 □合资/合作企业 □其它 | | | | | | |
| **您参加本课程最关注的是？或希望得到什么样的服务和支持？** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **您通过什么渠道或方式了解到本研修班课程的？** | | | | | | | | | |
| □微信 □短信 □网站 □电子邮件 □论坛\活动 □朋友推荐 □其它 | | | | | | | | | |
| **您希望我们未来通过哪种方式为您传递本项目课程、活动相关信息？** | | | | | | | | | |
| □微信 □手机 □邮寄 □电子邮件 □传真 □其它 | | | | | | | | | |
| **本人郑重承诺以上所填内容属实。** | | | | | | | | | |
| **申请日期：** | | | | | **申请人签名：** | | | | |
| **汇款账户** | 户名：西安通理科技企业发展有限公司 | | | | | | 为您开具的发票抬头/付款单位全称 | | |
| 开户行：中国建设银行西安交大支行 | | | | | |  | | |
| 账号：6100 1724 2000 5000 0327 | | | | | |
| **联系咨询** | **申老师：029-8339 9006** | | | | | | | | |
| **备注：银行汇款时，请在备注栏写明：“医疗健康产业管理研修班学费”** | | | | | | | | | |