附件3

2020年区域性医疗管理人员赴美国报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 科室 | 职称/职务 | 联系方式（手机） | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 科室意见 | | 科室名称：（签章）  年 月 日 | | | | | |