|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院业务量提升与科室运营管理实训暨“运营管理师”岗位能力提升培训班**  **报名回执表** | | | | | | | | |
| 基本信息栏 | | | | | | | | |
| 医院名称 |  | | | | | | 级 别 |  |
| 联 系 人 |  | | 电 话 |  | | | 邮 箱 |  |
| 姓 名 | 性 别 | 职 务 | | | 手 机 | | | 邮 箱 |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
|  |  |  | | |  | | |  |
| 住宿安排 | 标间[ ] 大床房[ ] 房间数量共[ ]间 | | | | | | | |
| 入住时间: | | | | | 退房时间: | | |
| 注册费用 | 培训费: 元× 人= 元 | | | | | | | |
| 发票事项 | 发票抬头名称： | | | | | | | |
| 纳税人识别号： | | | | | | | |
| 地 址、电 话： | | | | | | | |
| 开户行及账号： | | | | | | | |
| 项 目 | 培训费[ ] 会务费[ ] 咨询费[ ] | | | | | | | |
| 证书申报 | 是[ ] 否[ ] | | | | | | | |

咨询热线： 报名邮箱：

**运营管理师学员参训情况登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 民 族 |  | 蓝底  一寸照片 |
| 学 历 |  | | | 职 称 | |  | |
| 专 业 |  | | | 职 务 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | | 邮 编 |  |
| 联系地址 |  | | | | | 所在科室 |  | |
| 工作单位 |  | | | | | 手 机 |  | |
| 联系电话 |  | | | | | 邮 箱 |  | |
| 参训职业或岗位名称 | | | 运营管理师 | | | | | |
| 参训职业或岗位等级 | | | 高级 | | | | | |
| 参训时间 | | |  | | | | | |
| 参训课时 | | |  | | | | | |
| 工  作  简  历 |  | | | | | | | |
| 本人已按规定参加完上述科目的培训和考评，掌握了从事所参训职业（岗位）相关工作的技能，所填信息真实，无任何异议。对本次参训的评价为：  [ ]满意 [ ]一般 [ ]不满意  学员签名：  申请日期： 年 月 日 | | | | | 我单位已按照该职业项目培训实施方案的要求，完成对该学员的资格审查及全部科目的培训与考评工作，信息真实准确，申请为其办理《职业技能培训证书》。  （推荐机构盖章） 申报日期： 年 月 日 | | | |