**《医院职业化管理与高质量发展学习工作坊》学员登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | | | 生日 | 年 月 日 | | | 照  片 |
| 证件类型 | ○ 身 份 证 ○ 军 官 证 ○ 护 照 | | | | | | | | |
| 证件号码 |  | | | | | | | | |
| 民 族 |  | | | | 政治面貌 | | | |  |
| 最高学历 | ○ 大学专科 ○ 大学本科   ○ 硕士研究生  ○ 博士研究生 ○ 其 它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| 最高学位 | ○ 学 士  ○ 硕 士   ○ 博 士 ○ 其 它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 单位级别 | ○ 三 级 ○ 二 级 ○ 一 级 ○ 其 它\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 单位性质 | ○ 国有企业 ○ 集体企业 ○ 外资或外资控股企业  ○ 民营、私营企业 ○ 政府和事业单位 ○ 其 它 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 职 务 |  | | | 通讯地址 | | | |  | | |
| 手 机 |  | | | 电子邮箱 | | | |  | | |
| 您经常阅读的报纸、杂志、书籍 | | | | | |  | | | | |
| 工作背景 | 1**.** 年 月至 年 月;任职单位: 职位:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2**.** 年 月至 年 月;任职单位: 职位:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  3**.** 年 月至 年 月;任职单位: 职位:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 您希望在哪些方面有所提高  （可多选） | * 战略管理 □医疗质量和医疗风险 □成本核算与控制 □医院文化与品牌建设 * 护理管理 □市场营销与媒体关系 □领导力与执行力 □医院学科发展与建设 * 绩效管理 □医院法律实务管理 □医院信息化管理 □国 学   您在其他方面的培训需求 ： | | | | | | | | | |

本人郑重声明以上所填内容属实 签名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**此表填好后，请[发信箱至](mailto:2362557或发信箱sxbeiyi@126.com)sxbeiyi@126.com,联系人: 方老师 电话：186 1031 6477**