附件2

第二届全省医疗卫生行业首席信息官培训班报名表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |
| **最后学历** |  | **所学专业** |  | **职 务** |  |
| **单位名称** |  | **是否住宿** |  |
| **联系电话** |  | **E-mail** |  |
| **工作简历** |  |
| **单位信息化建设概况** |  |