

附件

全国人口健康信息化高级管理培训班汇总报名表

推荐单位（省卫生计生委信息中心）：_____（盖章） 填表人：_____ 联系电话：_____

序号	姓名	性别	职称/职务	单位	联系电话（手机）	邮箱	培训班期次

- 注：1. 每期培训限推荐 3 人
2. 推荐人员需另行登录中国卫生信息学会网站（www.chia-moh.org.cn）报名注册
3. 第一期报名表请于 4 月 29 日前发送至中国卫生信息学会秘书处。第二期与第三期报名表请于 5 月 10 日前发送中国卫生信息学会秘书处。传真：010-82211370