**夏里特—奥美德—品智 医疗管理培训课程**

**报名表**

**报名项目**

* **医院院长管理培训项目（颁发EMBA学位）**
* **康健医疗机构高级培训项目 （颁发证书）**
* **医疗管理短训班**
* **量身定制的机构培训**

**个人信息**

**姓 名**  **性 别**

**出生日期** I I I **身份证/护照 号码**

 年 月 日

**您所在的单位**

**您的职务** **工作年限**

**办公地址** I I

省 市

**邮政编码**

**办公电话** **办公传真**

**家庭地址** I I

省 市

**邮政编码** **家庭电话**

**手 机** **电子邮箱**

**您希望我们联系您的： □ 办公地址 □ 家庭地址**

**请指定紧急联络人：**

**姓名** 先生/女士 **联络电话**

**教育背景**

**您的最高学历**  □ 博士 □ 硕士 □ 学士 □ 专科

**教育信息***（请由最高学历开始依次填写，如：博士→硕士→学士（本科）→专科）*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **大学/学院** | **专 业** | **学历/学位** | **起止时间（年/月--年/月）** | **证书编号** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**证 书** *（请列出您获得的职称证书、专业资格证书等信息）*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **证书名称** | **颁发机构** | **有效期 （年/月----年/月）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**工作履历**

*（请按时间顺序，倒退您在过去15年的工作经历。如：2010~至今：XXX：2005~2010：XXX）*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **工作单位** | **起止时间（年/月----年/月）** | **职 务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**培训要求**

**您是否需要预定住宿房间？ □ 是 □ 否**

**其它要求：**

**付款信息***（请以银行汇款方式交纳至以下账户）*

**收款单位：**上海品智投资管理有限公司

**账 号：**1001258209300468717

**开户银行：**工商银行上海市不夜城支行

**联络信息**

上海品智投资管理有限公司

地址：中国 上海市 恒丰路 638号苏河一号1719室

电话：+86 21 60400722传真：+86 21 60400723邮箱：joyce\_li@pzinvest.com