附件2

“数智医疗装备创新”

高级研修项目报名回执

单位名称（盖章） 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 职称 |  | 职称层级 |  | 最高学历 |  |
| 工作单位  及职务 |  | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | |
| 邮编 |  | E-mail | |  | |
| 电话 |  | 手机 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 个人简况（含所学专业和从事工作） |  | | | | |
| 备注 |  | | | | |

注：请于2024年8月31日前将报名回执发送到邮箱wel\_con@163.com