**上海交通大学医学院培训学员报名信息表**

报名日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 课程  名称 | 中国医药高级工商管理研修班 | | | | | | | 贴  照  片  处 | |
| 姓名 |  | | | 性别 |  | 民族 |  |
| 出生  年月 |  | | | 籍贯 |  | 政治  面貌 |  |
| 身份证  号码 |  | | | | | 学历  学位 |  | | |
| 单位  名称 |  | | | | | 部门 |  | | |
| 联系  电话 |  | | | 联系  手机 |  | | 职务  职称 |  | |
| 联系  地址 |  | | | | | | 邮政  编码 |  | |
| Email |  | | | | | 微信号 |  | | |
| 学员单位开票信息  （请务必准确填写） | | | 单位名称：  纳税人识别号：  地址、电话：  开户行及账号： | | | | | |
| 付款方式 | | □ 银行汇款——账户名称：上海交通大学医学院  银行账号：1001253709026403462  开户银行：工行上海市瑞金二路支行  （汇款附言：课程班名称+姓名）  \* 注：汇款后请发短信给联系老师，以便查账 | | | | | | |

**学员签名：**