附件2

**北京市慢病健康管理—癌症筛查与早诊培训**

**学员报名表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | 单位地址 |  |
| 单位负责人 | |  | 负责人电话 |  |
| 学员姓名 | |  | 民 族 |  |
| 最高学历 | |  | 技术职称 |  |
| 从事专业 | |  | 培训专业 |  |
| 单位意见 | 同意本单位职工报名参加2023年度北京市慢病健康管理—癌症筛查与早诊培训，提高癌症筛查与早诊能力，我院 将合理安排工作时间，确保完成培训任务。  特此证明！  单位盖章:  年 月 日 | | | |

**填表说明：此表填写完成使用A4 纸打印，需单位盖章，扫描上传至二维码所链接的报名表 。**