**医疗质量与患者安全培训班报名回执表**

经研究，我单位选派下列同志参加学习：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通信地址 |  | 邮 编 |  |
| 姓 名 | 性别 | 科室（职务） | 电 话 | 手 机 | 邮 箱 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 住宿预订 | 〔 ）双人标准间**合**住 〔 ）双人标准间**单**住 〔 〕单人间 |

注：此表复制有效。报名邮箱：**462172674@qq.com**