**领导干部管理艺术与医疗纠纷防范培训班**

经研究，我单位选派下列同志参加学习：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | | |
| 通信地址 |  | | | | | 邮政编码 |  |
| 联 系 人 |  | | | 手 机 | |  | |
| 联系电话 |  | | | 传 真 | |  | |
| 姓 名 | 性别 | 职务或职称 | 电话 | | 手机 | | 邮箱 |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| 参加地点 | □ 成都 □西宁 | | | | | | |
| 住宿 | □是（标间数量\_\_\_ 合住\_\_ ） □否 | | | | | | |

注：1、此表复制有效。传真至：010-80841271邮箱：[yyjyxh8@163.com](mailto:yyjyxh2015@163.com)