**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