**附 件：“全国医疗质量管理培训班暨医疗机构临床用血管理办法与输血科体系建设培训班”报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **地 址** |  | **QQ或Email** |  |
| **姓 名** | **性别** | **职 务** | **手机** | **办公电话** | **传 真** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：**代表填列不下可另附纸，本表复印有效，请参会代表提前将报名表传真至会务组。