附件：

医院财会管理创新高级研修班报名回执表

经研究，我单位选派下列同志参加学习：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 参会地点： |
| 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 |

回执传真：010-61014410 邮箱：bjxh6600@163.com