病案信息与医院精细化管理培训班报名回执表

经研究，我单位选派下列同志参加学习：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 参会地点 |  |
| 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：373627818@qq.com