医疗纠纷防范与处理技巧培训班回执表

经研究，我单位选派下列同志参加学习： 参会地点：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 通信地址 |  | | | 邮 编 |  |
| 姓 名 | 性别 | 科室（职务） | 电 话 | 手 机 | 邮 箱 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 您关注的问题和想学习的内容： | | | | | |
| 住宿预订 | 〔 ）双人标准间拼房 〔 ）双人标准间单住 〔 〕单人间 | | | | |

注：此表复制有效。报名邮箱：373627818@qq.com