附件

2025年医疗机构财务管理优化与创新

研修班回执

（云南）

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人： |  | 联系电话： |  |
| 开票单位名称纳税识别号： |  |
| 电子邮箱： |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：请于2025年2月20日以前将回执发送至重庆市卫生服务中心会务组邮箱1570239159@qq.com。