附件

大型医院巡查背景下医疗机构党建

能力提升培训班回执

（云南）

**单位名称（盖章）： 填报日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **联系人** | |  | **电话** |  | |
| **开票单位全称** | |  | **电子邮箱** |  | |
| **纳税人识别号** | |  | | | |
| **参训人员信息** | | | | | |
| **姓名** | **性别** | **科室及职务** | **身份证号码** | **联系电话** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：请于2025年3月19日以前将回执发送至重庆市卫生服务[中心会务组邮箱3511335895@qq.com。](mailto:中心会务组邮箱1720682129@qq.com。)