附件1

医院门诊精细化管理与服务质量提升

培训班回执

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 | |  | | | | |
| 发票邮寄地址 | |  | | | | |
| 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2022年7月20日以前将回执发送至云南省卫生健康人才交流中心邮箱ynwsrckfb@163.com。