附件

2024年医院管理人员能力提升

暨“罗湖医改”经验交流研修班回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 培训期间是否入住报到所在酒店（深圳华安国际大酒店） | 🞎标间🞎单间🞎不入住 |
| 汇款信息 | 报名成功后向报名人员统一推送缴费方式和缴费信息 | 开票信息 | 发票抬头：纳税人识别号：发票推送电子邮箱： |

注：请于2024年6月15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。