附件1

2023年协和领军学者—医院管理能力提升专题

研修班报名回执

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 单位名称： |  | 年 月 日 |
| 联系人 | 　 | 联系手机号码 | 　 |
| 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 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |