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 |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |