**“首届医疗风险管理高峰论坛”报名回执表**

经研究：我单位选派以下代表参加本次论坛 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位全称 |  （**盖单位公章**）  |
| 单位税号 |  |
| 通讯地址 |  | 领队姓名 |  |
| 电子邮箱 |  | 联系电话 |  |
| 是否住宿 | 〔 〕单间 〔 〕标间 〔 〕自行安排 |
| 入住时间 |   | 退房时间 |  |
| 代表姓名 | 性别 | 年龄 | 职务或职称 | 手机号 | 是否申请学分（身份证号） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **您关注的问题或论坛内容：** |

**注:此表复制有效 邮箱:** **zhongouguoji @126.com**