**《DRG/DIP支付背景下公立医院精细化绩效管理》会议报名回执表**

**单位名称：**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **带队人：** |  | | | |
| **姓 名** | **职 务** | **手 机** | **座 机** | **电子邮件** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住宿要求 | 住宿房间 /间，住宿天数　　 天（住宿费均含早餐）  请在2月20日24:00前将本回执发送至邮箱zhongouguoji@126.com | | | |