报名回执表

**2025医院精益化运营管理大会报名回执**

请于3月7日前传至zhongouguoji@126.com

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 | 　 |
| 通讯地址 | 　 | 邮编 | 　 |
| 开票信息 | 单位名称：税号：其他： |
| 带队人 | 　 | 　职务 | 　 |
| 电 话 | 　 | 　邮箱 | 　 |
| 经研究，我单位决定派 位同志参加本次论坛，并于2025年　　月　　日汇入论坛指定收款账号（□ 电汇　 □ 现金 □ 现场POS刷卡）。 |
| 参会人员 | 姓名 | 职务 | 性别 | 手机 | 备注 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 |  |
| **其他事项** | 1. 会议提供午餐，其他食宿差旅请自行预订。

**2、参会单位必须项请提供准确信息，否则将影响接收会议通知及会议资讯**（1）论坛组委会在收到相关报名信息后将于第一时间以邮件或电话的方式予以确认报名是否成功；（2）参会人员现场报道后领取参会证后，凭证入场。**汇款与开票账户信息：**户 名：北京中欧国际医院管理技术研究院开户行：中国工商银行股份有限公司北京西三旗支行账 号：0200 2401 0920 0043 349税 号：911101140975527168地 址：北京市昌平区回龙观镇金燕龙大厦709 |

案例报送表

**《医院精益化管理典型案例报送表》**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | 医院性质及等级 |  |
| 所在地址 |  | 职工人数 |  | 开放床位 |  |
| 院长 |  | 党委书记 |  |
| 负责人 | 姓名 |  | 职务 |  | 手机 |  |
| 电子邮箱 |  | 微信 |  |
| 案例主题 |  |
| 案例简介（300字内，详细材料如证书、PPT、数据表等可作为附件发送，请将附件排序） | 案例名称：案例简介： |
| 成果简述 |  |
| 医院报送部门意见（**请注明是否同意幻灯演讲方式进行分享**） | (盖章)年 月 日 |
| 专家评定组意见 | （盖章）年 月 日 |
| 注：1、报送时间截止2025年2月27日24时，优秀案例颁发证书，部分案例大会分享。2、此表复印有效，填妥后请将扫描件或电子件与其他文件打包后发送至zhongouguoji@126.com,文件名称注明医院名称+精益化管理案例报送。 |