附件

2017年新医改背景下医院医疗保险管理与支付制度改革培训班

参会人员回执表

单位名称： （盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 | |  | | | | |
| 联系人 | |  | | 电话 | |  |
| 参训人员信息 | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | | 职务 | | 电话 | 手机 |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  |  | |  | |  |  |
| 预定住宿房间数量 | | |  | | | |
| 培训需求 | | | | | | |
|  | | | | | | |

请填写后传真至023-63621100，电子版发至49003944@qq.com。

重庆市卫生和计划生育委员会医院管理培训中心行政人事部 2016年9月15日印发