附件

2019年支气管镜诊治技术与新进展培训班

人员回执表

单位名称： （盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 科室 | 职务/职称 | 手机号码 | 班次 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 单位纳税人识别号码（开具发票必须备注） |  |

请填写后传真至023-63621100，电子版发至18215523680@163.com

重庆市卫生和计划生育委员会医院管理培训中心 2019年1月28日印发