附件

病历书写与质量评价培训班回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 预留住宿间数及天数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：1.请于4月20日以前传真至重庆市卫计委培训中心会务组。

2.传真：63651371。

3.邮箱：3511335895@qq.com。

重庆市卫生和计划生育委员会医院管理培训中心 2019年4月8日印发