“高质量发展下医院中高层管理及运营能力提升

与医院9S 精益化管理高级研修班”— 报名回执表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | | | | |
| **详细地址** |  | | | | | | **电子邮箱** | |  |
| **联 系 人** |  | | | **手 机** |  | | **参会时间** | |  |
| **参会人员信息** | | | | | | | | | |
| **姓 名** | **性别** | **职 务** | **手 机** | | | **参会地点** | | **住宿标准（打勾）** | |
|  |  |  |  | | |  | | **□单住 □合住** | |
|  |  |  |  | | |  | | **□单住 □合住** | |
|  |  |  |  | | |  | | **□单住 □合住** | |
|  |  |  |  | | |  | | **□单住 □合住** | |
|  |  |  |  | | |  | | **□单住 □合住** | |
|  |  |  |  | | |  | | **□单住 □合住** | |
|  |  |  |  | | |  | | **□单住 □合住** | |
| **缴费方式** | **□ 银行转账 □ 现场交费** | | | | | | | | |
| **开票信息**  **（请认真填写）** | **名称(发票抬头)：**  **统一社会信用代码：**  **地址、电话：**  **开户行及账号：** | | | | | | | | |
| **注： 确认参加会议人员请务必将报名表提前发送至会务组，也可通过添加微信报名，会务组收**  **到报名信息后会在开会前5日向学员发正式报到通知，告知报到地点、具体日程安排等**  **事宜，如未正式报名参会，没有收到报到通知，自行购买往返行程，发生退票手续费会务**  **组概不负责。** | | | | | | | | | |

联 系 人：赵老师 13801068371

王老师 13381078585

报名邮箱: yyxh\_bgs@163.com

官方网址： www.chnma.org.cn