附件2

**报名回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联 系 人 |  |
| 单位地址 |  | 电 话 |  |
| **参加人员信息** |
| 姓 名 | 性别 | 职务 | 电话（手机） | E-mail |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 医院存在问题 |  |
| 期望培训收获 |  |
| 报名注意事项 | 请填写以上详细内容，参会回执发送邮箱：zgxyws369@163.com 会务组：常老师 15037457772 |