附件1

**2023医疗机构安全管理与应急能力提升培训班**

**报名回执**

（2023年8月10日—14日，北戴河）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **年龄** |  |
| **工作单位** |  | **（部门）职务** |  |
| **手机号** |  | **邮箱（选填）** |  |
| **通讯地址** |  | **邮编（选填）** |  |
| **住宿需求** | □不需要 □10日晚 □11日晚 □12日晚 □13日晚注：在需要住宿的时间前打“√”，如不需要请勾选“不需要；”会议推荐住宿酒店为“应急管理部北戴河康复院”，住宿费发票由酒店提供。 |
| **住宿标准** | ○单间（680元/间夜） ○标间拼房（340元/间夜）注：在需要的住宿标准前打“√” |
| **联系人姓名** | （如为本人可不填） | **联系人手机号** |  |
| **发票信息** |
| **发票抬头** |  | **纳税人识别号** |  |

**注意事项：**

1.报名参会请扫描二维码线上报名，或邮件发送至chaaqgl@163.com。

2.报名注册线上缴费（培训恕不办理预缴退款）：会前请识别二维码注册缴费（填写正确的发票抬头全称及单位统一社会信用代码18位，自行开具增值税电子普通发票）。

