附件1

**医保政策执行与医院高质量发展培训班**

**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位 |  |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 手机号码 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住 宿 信 息 |
| 是否安排住宿 | 是（ ） 否（ ） |
| 住宿需求 | 人数 | 房间数 | 备注 |
| 单间 | 标间 |
|  |  |  |  |

3月31日前将参会回执用电子邮件发送至会务组邮箱：yypsypjgzwyh@163.com。