附件3

2025医疗质量提升与患者安全研讨会

暨第三届慢病规范诊疗全程管理研讨会

参会回执

**（**11月14日～16日，四川成都**）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位** |  | **邮编** |  |
| **地址** |  |
| **电话** |  | **传真** |  | **邮箱** |  |
| **联系人****或负责人** |  | **职务** |  | **手机****（必填）** |  | **邮箱****（必填）** |  |
| **参会嘉宾1** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾2** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾3** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾4** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾5** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾6** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **备 注** | 1.报名参会请通过邮箱 chapxb@163.com或传真010-84270958发送至协会。参会代表食宿和交通费用自理，会议仅提供会议期间（11月15日）工作午餐。2.申请中国医院协会会员单位，请电话咨询010-62352933（请注明“教育培训”）。查询会员状态请登陆协会官网（www.cha.org.cn）“会员服务”版块。3.此表复制有效。 |