**中国医院协会“县级公立医院绩效管理研讨会”报名登记表**

（第一轮通知）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 民 族 |  |
| 工作单位 | |  | | | 职 务 |  |
| 联系电话 | |  | | | 手 机 |  |
| 电子邮箱  （必填） | |  | | | | |
| 备注 | |  | | | | |

联系人 ：

姓名：张滨

座机: 010-84279266-8620 手机：18600410914

传真：010-84271474 E-mail: a61350093@163.com