**附件1：回执表**

**“医院后勤信息化与质量管理培训班”**

**暨全委会报名回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 | 　 |
| 通讯地址 | 　 | 邮政编码 | 　 |
| 联系电话 | 　 | 传 真 | 　 |
| 姓 名 | 性 别 | 职务/职称 | 联系电话/手机 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |
| 住房需求 | 标准间 间，单间 间。  |

 年 月 日