**附件1：回执表**

**“医院后勤管理标准化、专业化培训班”**

**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 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住房需求 | 标准间 间，单间 间。 | | | |

年 月 日