**附件：**

**中国医院协会2017医院内审员能力提升培训班参加人员**

**回执（昆明）**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 地 址 |  | 邮编 |  |
| **接收第二轮通知的电子邮箱（必填）** |  |
| 联 系 人 |  | 手 机 |  | 传真 |  |
| 姓 名 | 性 别 | 民 族 | 职 务 | 手 机 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住 宿 | 单 人 间：\_\_\_\_\_\_间双人标间：\_\_\_\_\_\_间 |
| 备 注 |  |

**注：**1.请将回执信息填写准确并完整；

2.请在开班前两周将回执发至yyns2017@163.com