**附件：**

**中国医院协会2018医院内审员能力提升培训班**

**参会回执（青岛）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | |
| 地 址 |  | | | 邮编 |  |
| **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 | | 银行汇款缴费请注明“**内审培训**”  汇款信息: 账户名称：中国医院协会，开户行：招商银行北京分行北三环支行，账号：86 2281 2998 10001  开具增值税电子普通发票（电子发票二维码当日有效） | | | |

**注：**请将回执信息填写完整准确，并回执至yyns2017@163.com。

此表复制有效 中国医院协会评价部制表