附件2

**2019中国医院协会医院质评员能力提升培训会**

**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 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：\_\_\_\_\_\_间入住日期： ；离会日期：  |
| 备 注 | 会前缴费：银行汇款缴费请注明“质评培训”，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。现场缴费：可现金、刷卡、微信、支付宝。现场可开具增值税电子普通发票（电子发票二维码当日有效）。 |

**注：**1.请将回执信息填写准确并完整；

2.请在会前两周将回执发至yyns2017@163.com