附件3

**中国医院协会**

**医院运营管理与高质量发展高峰论坛**

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位** |  | | | | | **邮编** |  |
| **地址** |  | | | | | | |
| **电话** |  | **传真** |  | **邮箱** |  | | |
| **联系人**  **或负责人** |  | **职务** |  | **手机**  **（必填）** |  | **邮箱**  **（必填）** |  |
| **参会嘉宾1** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾2** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **参会嘉宾3** |  | **职务** |  | **手机** |  | **邮箱** |  |
| **备 注** | 微信图片_20210305125657.jpg1.大会安排请关注官网通知；大会内容如有调整，  恕不另行通知。  2.参会报名请邮件chapxb@163.com；或扫二维码报名。  3.此表复制有效。 | | | | | | |