**附件一：**

**参加深圳市公立医院管理干部综合能力提升高级研修班**

**第二次面授课程学习回执表**

（请填写好用 word 文档发回）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位 | 职务 | 手机 | 身份证号码 | 是否单间 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

请各位学员务必于 **7 月 5 日（星期二）上午 10:00 前**将参加学习回执

表通过电子邮件发送至协会邮箱：**szsyyxhbgs@126.com**