**市医院协会 2019 年终工作会议回执表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **单 位** | **职 务** | **办公电话** | **手 机** | **是否用餐** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**注：当天会议结束后将安排工作餐继续交流，请务必确认是否用餐！**