附件：

**公立医院绩效考核实操暨国考A++标杆医院实践分享培训班报名回执表**

经研究，我单位选派下列同志参加培训：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称  （必填全称） |  | | | | |
| 统一社会信用代码  （必填） |  | | | | |
| 联系人\* |  | | 固话 |  | |
| 手机号码\* |  | | 邮箱 |  | |
| 参训人员名单 | | | | | |
| 姓名\* | 性别 | 职务\* | 手机\* | 固话 | 是否参观 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **到会日期：** | 月 日  （ 口上午口下午） | | **住宿安排：** | 标间 （ ）间 | |
| 单间 （ ）间 | |
| 是否有参观需求 |  | |  |  | |
| 课程需求调查（必填）：  希望通过本次课程的学习获得哪些方面的知识，或者对本次课程有哪些要求和期望： 1.  2. | | | | | |
| 备注：请把此报名表发邮件至会务组 邮箱 nhyygl@yeah.net 电话:189295173179（微信同步） | | | | | |