**构建和谐医患关系—— “医疗风险全过程管理与控制”学习班报名回执表**

 （加盖单位公章） 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 联 系 人 |  | 电 话 |  | 传真 |  |
| 姓 名 | 职 务 | 电 话 | 手 机 | E-mail/住宿（是、否） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 备 注 |  |

 **注：此表复制有效 联系人：罗 丹 传真：010-62884510**