**附 件：**

**“精益医疗助力医院高质量发展”院长沙龙**

**报名回执表**

（请填好后用WORD文档发回）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **单 位** | **职 务** | **手 机** | **会后是否用餐** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

请各位参会人员于8月19日（星期五）前将参会报名回执表通过电子邮件发送至邮箱：**1284958938@qq.com**