**附件2：**

**参加“2023医院精益运营管理暨高质量发展专题培训班”回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **单 位** | **职 务** | **手 机** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**联系人： 联系电话：**

**发票单位抬头名称： 纳税人识别号：**

**邮箱（推送电子发票）：**