**附件二：参加医院管理干部职业化培训班第二次面授回执表**

（请填写好用word文档发回）

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