**附件2： 新形势下医院战略绩效管理体系构建与优化培训班**

**报名回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | | | | **传　真** | |  | |
| **通讯地址** |  | | | | | | | | |
| **联系人** |  | | | **联系方式** |  | | | | |
| **学员姓名** | **性别** | **职务** | **手机号码** | **联系电话** | **电子邮箱** | | **培训时间、地点** | | **住宿标准(打勾)** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
|  |  |  |  |  |  | |  | | **单住□合住□** |
| **请将培训费汇至以下账号：**  **开户名：北京华夏星源国际文化传播有限公司**  **账 号：0109 0308 7001 2010 8782 728**  **开户行：北京银行金台路支行** | | | | | | | | | |
| **报名请咨询：**  **吴 悦 电话：010-85913279 传真：010-85913278**  **手机、微信：18911280109** | | | | | | | | | |

**注：1、本回执表可复制；**

1. **请将参训姓名、时间、地点填入相应的空栏里；**
2. **表中“合住”为2人合住**