**《公立医院DRG/DIP精细化运营及绩效管理》研修班**

**参会出席确认表**

会务办公室：经研究，我单位选派以下同志参加学习。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 盖章 |  |
| 地 址 |  | 邮编 |  | 邮箱 |  |
| 联系人 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 参会人员共（ ）人 | 姓名 |   | 职务 |   | 性别 |  | 电话 |   | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 姓名 |  | 职务 |  | 性别 |  | 电话 |  | 手机 |  |
| 预订房间 | 标间：共 间 天 元/间/天 (□ )备注：所有预订房间保留至会议当天早上8：00 |
| （务必于会议前一周将报名回执发送至zhongouguoji@126.com ） |

 **（本表可复印）**