**燕园医院管理短期专题班**

**报名回执单**

|  |  |
| --- | --- |
| **所报班型** | * **护理管理班 □ 绩效管理班 □ 医疗纠纷班 □其他（请注明）**
 |
| 单位名称 |  |
| 医院类型 | □公立 □民营 □其它（请注明） \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 单位人数 |  |
| 医院等级 | □三级 □二级 □一级 □其它（请注明）\_\_\_\_\_\_\_ | 床位数 |  |
| 单位地址 |  | 邮 编 |  |
| 联 系 人 | （□先生 □女士） | 职务/职称 |  |
| 办公电话 |  | 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| **参加学员名单** |
| 姓名 | 性别 | 部门 | 职务／职位 | 手机号码 | E-MALL |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 是否协助预定住宿 | □需要（入住时间 离店时间 ） □不需要  |
| 住宿标准 | □标间（□单住 □合住） □单间大床  |
| 培训费支付方式 | □汇款 □现金 □支票 □刷卡 □其它（请注明）\_\_\_\_\_\_\_ |
| 发票抬头 |  |
| 统一社会信用代码 |  | 发票项目 | □培训费 □会议费 |

电话：010-64750117 传真：010-64750215 邮箱：zhangxl@pkuet.com 联系人：张老师