附件2：

**2017年浙江省医院品管大赛现场发表及培训会参会回执**

**单位名称：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **职称** | **身份证号** | **联系电话** | **是否住宿** |
|  |  |  |  |  | 24日（ ）25日（ ） |
|  |  |  |  |  | 24日（ ）25日（ ） |
|  |  |  |  |  | 24日（ ）25日（ ） |
|  |  |  |  |  | 24日（ ）25日（ ） |
|  |  |  |  |  | 24日（ ）25日（ ） |

备注：因学分证登记发放需要，请务必完整正确填写回执单。请务必于5月15日前将参会回执Email至zjsqcc@163.com，以便预定住宿等事宜。