

附件

中国卫生信息学会医院统计专业委员会
2016 年医院统计与管理培训班参会回执

姓 名		性 别	
职 务		职 称	
单位名称			
手 机			
电子邮箱			
预定房间	<input type="checkbox"/> 不预定 <input type="checkbox"/> 标准间__间 <input type="checkbox"/> 大床房__间		

请于 11 月 15 日中午 12:00 前将参会回执发送到会务组邮箱，或直接回复邮件确认报名。

