附件：报名回执表

**新情态背景下医疗损害鉴定实务及医疗纠纷防范与处理培训班**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 联 系 人 |  | 电话 |  |
| 手机号码 |  | 邮箱 |  |
| 姓名 | 性别 | 职务/职称 | 手机 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 参加专题一，选择请画“√” | 线上（直播）🞎 线下（昆明）🞎  |
| 参加专题二，选择请画“√” | 线上（直播）🞎 线下（大连）🞎  |
| 住宿方式，选择请画“√” | 包房🞎 合住🞎  |
| 1.发票信息（公对公转款填写）发票抬头： 纳税人识别号：2.快递地址/收件人（快递证书）： |

注：咨询电话010-60304116，许老师13520629593（微信号）