## 同济医学院医院管理高级研修班系列课程之

## 《医院人力资源管理》报名回执表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** |  | | | **联系人** |  |
| **E-mail** |  | | | **联系方式** |  |
| **关于发票** | **发票抬头：** | | | | |
| **发票项目： □ 培训费 □ 咨询费** | | | | |
| **学员姓名** | **性 别** | **部 门** | **职 务** | **联系方式** | **入住时间** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**共计： 人，住宿：是 / 否， 间**

* 订阅更多课程通知，请关注微信公众号 “朗恩讲坛”。

