附件：

“2023 年山东省卫生保健协会年会暨第十一届卫生保健服务文化创新论坛 ”报名回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 参会单位 |  |
| 单位税务识别码 |  |
| 参会人员姓名 |  | 性别 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 参会人员姓名 |  | 性别 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 参会人员姓名 |  | 性别 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 参会人数 |  | 预订房间数 | （间/床） |  |
| 参会负责人姓名 |  | 邮箱 |  |
| 申报奖项 |  |

☆请务必将此表发送邮箱：shandongbaojian@163.com

电子版可在山东省卫生保健协会官网 www.wsbjxh.com 下载