附件

《医师法》实施解读暨医疗风险管理和防控线上培训班回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人： |  | 联系电话： |  |
| 开票单位名称纳税识别号 |  |
| 电子邮箱： |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.请于4月19日前发至湖南省卫生健康委人才交流服务中心。

2.邮箱：wsrcpx@126.com。