**“价值医疗：医院高质量发展”论坛报名回执**

单位：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 部门/职务 | 手机（必填） | 非上海本市参会代表填写 |
| 抵达日期 | 离开日期 | 联系人/联系人手机 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |