**2023年ICD-10诊断编码、ICD-9-CM-3手术编码培训报名回执**

单位（标准全称）：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **年龄** | **部门** | **职务** | **职称** | **是否为编码员** | **手机** | **身份证** | **是否需要学分** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：请于4月4日前将回执反馈至协会邮箱，sh.yyxh@163.com（邮件主题：编码培训+单位名称+人数），额满截止。谢谢您的支持和配合！