**中国丹麦疾病相关分组（DRGs）国际论坛报名回执**

单位： （盖章）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 | 部门/职务 | 手机（必填） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |