|  |
| --- |
| **参加医院品管圈竞赛评审委员培训回执** |
|
|
| **医疗机构名称： 申报日期： 月 日** |
|
|
| **姓名** | **部门** | **职务** | **职称** | **联系电话（手机）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |