附件：

**山东省社会办医第二届院长大会参会回执**

单位名称： 报名时间：2023年 月 日

联 系 人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 电话 | 职务 | 报到时间（单选） | 住宿需求（多选） | 参会项目（多选） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 注：请各单位务必于4月7日前，将参会回执发至筹备委员会邮箱sdshbybm@163.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。以下项目请根据实际情况选填，将序号填至以上表格中。一、报到时间：①4月14日15：30前；②4月14日19：00前；③4月15日7：00-8：30；④4月15日19：00前；⑤4月16日7：00-8：30。二、住宿需求：①4月14日；②4月15日。三、参会项目：①第一届会员代表大会第三次会议暨第一届理事会第三次会议；②医院管理分会成立大会；③第二届院长大会开幕式、主旨论坛；④首届医交会；⑤院长与医务科长岗位研修班；⑥护理部主任与护士长岗位研修班；⑦骨科分论坛；⑧心血管分论坛；⑨脑科分论坛；⑩医学装备分论坛。 |