附件一：

**山东省社会办医疗机构协会**

**医院高质量运营管理暨服务品质提升**

**高峰论坛参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 7月6日 是（ ）否（ ）7月7日 是（ ）否（ ） |
| **分组参观** | 7月7日 是（ ）否（ ） |
| **报到时间** | 7月6日14:00-20:30报到（ ），19：00前报到，安排当日晚餐。7月7日 8:00-8:50 报到（ ）。 |

注：请务必于6月26日前，将参会回执发至大会筹备邮箱，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。