**山东省社会办医疗机构协会**

**医疗质量与安全管理分会成立大会暨山东省社会办医首届医疗质量与安全高峰论坛**

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 12月20日 是（ ） 否（ ） | | | | |
| **报到时间** | 12月20日15：30之前报到（ ） | | | | |

注：请务必于12月16日前，[将参会回执发至大会筹备邮箱](mailto:将参会回执发至筹委会邮箱lxgkyy@163.com)ylzlyaqgl@163.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。