中国质量协会公开培训课程回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 课程名称 | **医疗卫生行业卓越绩效评价准则实务** |
| 单位名称 |  | 邮编 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联 系 人 |  | 部门 |  | 职务 |  |
| 电 话 |  | 传真 |  | 手机 |  |
| E-mail |  | 人数 | 共\_\_人 |
| 学员姓名 | 性别 | 职务 | 电话 | 手机 | E-mail |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 培训费 | **培训费：**□**会员企业2600元/人，**□**非会员企业2800元/人（含授课费、培训期间午餐、资料费、证书费等）。住宿自理。** |
| 培训费缴纳 | 可在报到时缴纳现金，或在报到前一周将费用汇至指定账户。□现金 □汇款 □支票（仅限北京学员） |
| 指定汇款账户 | 户 名：北京中质协卓越培训有限公司 开户行：工商银行北京西四支行账 号：0200002809014471495 |
| 发票开具 | **请务必与本单位财务部门确认以下信息：*** **发票类型：□专用发票 □普通发票**
* **如开专用发票，需准确提供以下信息，以避免出错，影响您报销**。

单位名称： 纳税人识别号： 地址、电话： 开户行、账号： 项目： |
| 其它说明 | 参加人员对本课程内容了解程度：□ 较熟悉 □ 一般 □ 有过初步了解 □ 第一次接触希望通过此次培训实现的目标： |
| 备 注 | 请务必在报名截止日期前，将填写的回执表传真或电邮至本中心联系人收。 |

联系人： 电话：(010)66079098，68419670 传真：(010)66079132