**携手共赢·共创未来**

**2023山东社会办医疗机构可持续发展**

**高峰论坛参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 3月10日 是（ ） 否（ ） | | | | |
| **报到时间** | 3月10日12：00之前报到（ ）（安排当日午餐）  3月10日17：30之后报到（ ）（自行解决当日晚餐）  3月11日07:00-09:00报到（ ） | | | | |

注：请务必于2月28日前，[将参会回执发至筹备委员会邮箱](mailto:将参会回执发至筹备委员会邮箱)，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。