**2017年第十一届中国医院院长年会报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医院名称** |  | | | **医院**  **级别** | |  | | **所属**  **省份** |  |
| **医院地址** |  | | | | | | | **邮编** |  |
| **1. 姓名** |  | **职务** |  | | **性别** | |  | **电话** |  |
| **手机（必填）** |  | **Email**  **（必填）** |  | | | | | **传真** |  |
| **2. 姓名** |  | **职务** |  | | **性别** | |  | **电话** |  |
| **手机（必填）** |  | **Email**  **（必填）** |  | | | | | **传真** |  |
| **3. 姓名** |  | **职务** |  | | **性别** | |  | **电话** |  |
| **手机（必填）** |  | **Email**  **（必填）** |  | | | | | **传真** |  |
| **4. 姓名** |  | **职务** |  | | **性别** | |  | **电话** |  |
| **手机（必填）** |  | **Email**  **（必填）** |  | | | | | **传真** |  |
| **5. 姓名** |  | **职务** |  | | **性别** | |  | **电话** |  |
| **手机（必填）** |  | **Email**  **（必填）** |  | | | | | **传真** |  |
| **具体联系人** |  | | **联系人手机**  **(必填)** | |  | | | **联系人职务** |  |
| **单位地址** |  | | | | **单位名称** | | |  | |
| **特别说明** | ★ **必填项请提供准确信息，否则将影响接收会议通知及会议资讯。**  ★ **参会对象**  政府官员、医改专员、医院管理者、医保管理者、卫生学者、企业管理者等   * **会费标准**   **理事会成员免参会费（理事免1人、常务理事免2人、副理事长免3人）**  3280元/人（包含会议费、资料费及会议期间餐费，交通与住宿费用自理）  2980元/人（同家医院3人或3人以上参会，可享受优惠价格）   * **汇款须知**   **户 名：** 《中国医院院长》杂志有限责任公司  **开户银行：** 上海浦东发展银行长春分行  **人民币账户：**610101 5526 0000 353 | | | | | | | | |