附件2

**参会回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 参加类型 | □续评单位□参评专家（在□打“√”，二选一） |
| 单位名称 |  |
| 报名及缴费联系人 |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 姓名 | 部门 | 职务/职称 | 手机号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：此表可复制。请填写后于10月9日前通过邮件方式反馈至指定邮箱，并及时扫描二维码完成缴费。

附件3

**建议内审员参会人数比例**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 门诊部、诊所 | 第三方独立医疗机构 | 一级医院 | 二级医院 | 三级医院 |
| 1-2人 | 3-4人 | 3-5人 | 6-8人 | 8-10人 |