**附件：**

**中国非公立医疗机构协会基层医疗管理分会2017年会**

**暨第二届基层医疗发展论坛报名表（复印有效）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** |  | | |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  |
| **手 机** |  | **邮 箱** |  |