**附件1**

**中国非公立医疗机构协会精神与心理专业委员会**

**成立大会暨精神医学实践与管理高峰高峰论坛会议回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 委员候选人(本人参会填写) | | | | | |
| 姓名 |  | | 手机 | |  |
| 职务/职称 |  | | 邮箱 | |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 住宿时间 |  | | | | |
| 代会者或非委员候选人填写 | | | | | |
| 姓名 |  | 手机 | |  | |
| 职务/职称 |  | 邮箱 | |  | |
| 单位名称 |  | | | | |
| 住宿时间 |  | | | | |
| 航班信息  （航班号、出发地、日期） | 来程：  回程： | | | | |

（此表可复制）

**附件2**

**中国非公立医疗机构协会精神与心理专业委员会**

**委员候选人所在机构信息登记表**（机构信息公立医院选填）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **机构名称** |  | | | | | | | |
| **机构地址** |  | | | | | **邮编** | |  |
| **座机** |  | | | | **传真** |  | | |
| **机构性质** | □公立非公立：□民营□外资□中外合资□混合制□上市公司□国有公司 | | | | | | | |
| **机构规模** | 等级：床位数： | | | | | | | |
| **机构类型** | □综合医院□专科医院□检验机构□健康管理机构□其它医疗机构 | | | | | | | |
| **法人代表** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **联系人** |  | **手机号** |  | | | **邮箱** |  | |
| **机构简介：（可另附页）** | | | | | | | | |
| **机构推荐意见** | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | |
| **（印章）**  **年月日** | | | | **（印章）**  **年月日** | | | | |

**机构推荐代表信息登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | |  | **性别** |  | | | **民族** | |  | 照  片 |
| **出生年月** | |  | **身份证号** |  | | | | | |
| **学历** | |  | **技术职称** |  | | | **政治面貌** |  | |
| **所在机构** |  | | | | | | **职务** | |  | |
| **机构关系** | □执业注册机构□多点执业机构 | | | | | | | | | |
| **专业** |  | | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | **电子信箱** | |  | | |
| **手机** |  | | | | | **微信号** | |  | | |
| **其他社会职务** |  | | | | | | | | | |
| **本人主要简历、专业背景及主要业绩（可另附页）** | | | | | | | | | | |
| **本人签名** | | | | | **中国非公立医疗机构协会意见** | | | | | |
| **年月日** | | | | | **（印章）**  **年月日** | | | | | |

**附件3**

**会议乘车路线**

**温州高铁南站至雪山饭店：**

1.出站乘坐24路/B109路至雪山路站下车后步行100米，乘坐44路区间（开往景山动物园方向）在沁春园下车，步行200米即到；

2.出站乘坐B108路至妙果寺站下车后步行100米，乘坐44路区间（开往景山动物园方向）在沁春园下车，步行200米即到；

**温州龙湾国际机场至雪山饭店：**

出站乘坐机场大巴至中西医院站下车后换乘，乘坐8路公交车在妙果寺下车，然后换乘44路公交车至护国寺站；（整体约需2小时）