附件1：

**中国非公立医疗机构协会护理分会委员候选人**

**所在机构信息登记表**

|  |  |
| --- | --- |
| **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2：

**中国非公立医疗机构协会护理分会**

**2019年学术会议暨护理创新与发展高峰论坛**

**会议回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓名 | 职务/职称 | 手机 | 邮箱 | 是否住宿 | 住宿时间 |
|  |  |  |  | □是 | □28日 |
| □否 | □29日 |
| □30日 |
|  |  |  |  | □是 | □28日 |
|  | □29日 |
| □否 | □30日 |
| 报名联系人 | 姓名： |  |  |  |
| （2人及以上参会请填写） | 手机： |
| 备注 |  |

注：由于酒店单间数量有限，优先为各参会人员安排标准间，如有特殊需求请备注。

**中国非公立医疗机构协会护理分会**

**2019年学术会议暨护理创新与发展高峰论坛**

**会议回执（增补委员候选人填写）**

|  |
| --- |
| 增补委员候选人(本人填写) |
| 姓 名 |  | 手 机 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 邮 箱 |  |
| 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 是否住宿 | □是 □否□28日 □29日 □30日 |
| 代会者填写（本人参会无需填写） |
| 姓 名 |  | 手 机 |  |
| 职 务 |  | 职 称 |  |
| 邮 箱 |  |
| 单位名称 |  |
| 是否住宿 | □是 □否□28日 □29日 □30日 |

注：由于酒店单间数量有限，优先为各参会人员安排标准间，如有特殊需求请备注。