**附件1:**

**中国非公立医疗机构协会全科医疗分会**

**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 s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：**

**参会回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **单位名称\*** |  | **单位地址\*** |  |
| **发票抬头\*** |  | **单位纳税人识别号\*** |  |
| **序号** | **姓名\*** | **性别\*** | **部门\*** | **职称\*** | **职务\*** | **学历\*** | **手机号\*** | **E-mail\*** |
| 中文姓名 | 男/女 | 所在科室/部门 | 无/初级/中级/副高 | 所担职务 | 专科/本科/研究生 | 用于核实报名信息 | 用于接收电子发票 |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **住宿信息\*** |
| **姓名**（需与报名名单相同） | **万达文华酒店**（700元/间/夜） | **大河锦江饭店**（420元/间/夜） | **中州国际饭店**（380元/间/夜） | **入住时间** | **离开时间** |
| **双床房** | **大床房** | **双床房** | **大床房** | **双床房** | **大床房** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：（1）带“\*”为必填项。 （2）会场所在酒店是郑州万达文华酒店。（3）住宿信息填写说明：选择双床房，请在下面表格中填写0.5，大床房下面请填写1。双床房只接受拼住，酒店房间数量有限，请提前选择计划入住的酒店。如不选择酒店，会务组默认不住宿或选择其他地方住宿，将不予保障住宿酒店。（4）请于2018年11月15日前将报名回执发送到邮箱cnmia\_gp@cnmia.org。