附件

**非公立医疗行业卫生监督**

**与自律管理工作座谈会回执**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **工作单位** | **职 务** | **联系电话** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **行程信息** |  **到达航班、车次** | **返程航班、车次** |  **备 注** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**注：请于2017年8月10日前反馈。 传真：010-66008610**