附件：

参加医疗服务价格成本监审

和农本调查培训班报名表

单位名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 单 位 | 职务 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |