**订制改善医疗服务私塾课**

**回执表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医院名称 |  | | | 级别 |  |
| 计划  改善方向 |  | | | | |
| 对接人姓名 |  | 职 务 |  | 手 机 |  |
| 邮 箱 |  | | | | |
| 希望  学习时间 |  | 学习方式 | 授课□ 咨询□ （划√号选择） | | |
| 简述现有问题 |  | | | | |
| 期望培训效果 |  | | | | |

您完整填写后，请将表格发送至 [xianghaiquan@hmkx.cn](mailto:xianghaiquan@hmkx.cn)，感谢参与！