附件1：

山东省卫生保健协会参会回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | **姓名** | **职务** | **联系方式** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **奖项申报说明** | | | | |
| 先进单位（1个单位可申报1个）；先进个人（可申报3-5位）；健康管理奖（1个单位1个，科室1-2个，个人3-5位）；  健康服务创新奖（1个单位1个，科室1-2个，个人3-5位） | | | | |
| **奖项申报情况** | | | | |
|  | | | | |
| **住宿情况** | | | | |
| 烟台市东方海天酒店：  标准间380元/间/天（ ），190元/床/天（ ）；大床房380元/间/天（ ）。  请注明房型、数量及天数，以便预留房间，住宿费发票由酒店开具。酒店联系电话：0535-6888199 | | | | |

请将此表发送邮箱：wsbjxh@126.com，电子版可在山东省卫生保健协会官网www.wsbjxh.com下载