基层医师培训班住宿、培训场地企业报名表

企业名称（盖章）： 填表日期：

|  |  |
| --- | --- |
| 住 宿 | |
| 企业地址 |  |
| 单位电话 |  |
| 标准间（双人间）数量（间） |  |
| 标准间是否能洗浴 |  |
| 标准间是否有空调 |  |
| 是否能提供80人早、中、晚餐 |  |
| 标准间价格（元） |  |
| 联系人及电话 |  |
| 培训场地 | |
| 企业地址 |  |
| 单位电话 |  |
| 场地能提供桌椅听课的人数 |  |
| 是否有空调 |  |
| 是否有多媒体 |  |
| 是否有音响 |  |
| 是否提供饮用热水 |  |
| 是否能提供80人中、晚餐 |  |
| 培训场地价格（元） |  |
| 联系人及电话 |  |

填表人：