

回 执

姓名	性别	职务 职称	联系电话	单位名称及详细地址	开具发票户头及详细信息（须经财务部门核实）

重要提示

1、参加培训人员务必于9月10日前在山东省高压氧质控网络平台报名，报名系统操作说明附后（操作中如有疑问请联系平台工作人员，咨询电话：17686404457 蒋老师）。

山东省高压氧质控网络平台网址:114.115.203.70:8012

2、请参加培训人员在山东省高压氧质控网络平台报名后再向本地市指定的质控中心委员报名，各地市负责报名的委员将本地市报名者名单汇总后于9月13日前上报质控中心，以便安排食宿。各地市负责报名的省质控中心委员名单、联系方式及报名资料附后。

3、参加培训人员务必注意向各自单位的财务部门落实回执内容，以免开具发票的信息有误影响报销；出具发票后概不修改，如有错误，责任自负。培训费请现金支付，公务卡请联系万老师：13789881907）

4、请务必如实、完整填写“山东省医用高压氧舱调查表”及“山东省医用高压氧从业人员登记表”，单位盖章后报到时提交，以便省卫健委医政医管处备案。此项工作将列为质控中心今后的质控检查依据之一。

5、会务组不负责预定返程车票和机票，订票地点：宾馆一楼商务中心。

6、会务组提醒大家随时注意人身和财务安全。