附件1

参培人员回执

单位名称：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 电 话 |  |
| 发票抬头 |  | 邮 箱 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 科室及职务 | 联系电话 | 参培项目（临床或护理) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 备注：请务必填写临床或是护理，以便入群审核参加培训。