附件2

**2025年临床医学检验质量管理暨检验技**

**术提升培训班报名表（线上班）**

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | | | 联系电话 | |  |
| 开票单位名称  纳税识别号 | | |  | | | |
| 电子邮箱 | | |  | | | |
| 参训人员信息 | | | | | | |
| 姓名 | | 联系电话 | | | 备注 | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |

注：1.请务必如实完整填写回执内容，以确保培训正常开展；

2.[请将回执表发至电子邮箱ynwsrckfb@163.com。](mailto:请将报名表电子版发至电子邮箱879950149@qq.com。)