附件1

护理骨干能力提升专题

培训班回执

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 | |  | | | | |
| 发票邮寄地址 | |  | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | |
| 参训人员信息 | | | | | | |
| 姓名 | 性别/民族 | 职务 | 联系电话 | | 住宿要求（单人住/双人住） | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |
|  |  |  |  | |  | |

注：请于2022年9月9日12:00以前将回执发送至云南省卫生健康人才交流中心邮箱ynwsrckfb@163.com。