附件

2024年卫生健康法治工作能力提升培训参训人员回执

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 | |  | | | | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | |
| 参训人员信息 | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 身份证号码 | 职务 | 联系电话 | | 备注 |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |

请于2024年8月22日以前将回执发送至邮箱ynwsrckfb@163.com