2019年医师资格实践技能考试

重庆市考前冲刺集训班报名回执表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 固定电话 |  |
| 手机号码 |  | QQ号码 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 所在单位 | 最高学历 | 毕业时间 | 毕业院校 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 单位纳税人识别号码（开具发票必须备注） |  |

请填写后传真至023-63621100，电子版发至18215523680@163.com