附件

2020 年重庆市卫生健康系统科研能力提升培训班参会回执表

单位名称： （盖章）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 科室及职务 |  |
| 手机号码 |  | 电子邮箱 |  |
| 账户信息 |
| 序号 | 使用人姓名 | 科室 | 手机号码 | 电子邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

备注：

1、请务必填写正确的手机号码和邮箱，并保持手机、邮箱畅通；

2、请填写后传真至023-63621100，电子版发至466943860@qq.com。