附件

2020年医院急诊规范化管理及急诊急救新技术能力提升培训班回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.请于8月20日前传真至重庆市卫生服务中心会务组。

2.传真：023-63651371。

3.邮箱：3508777166@qq.com。