附件1

2021年医护人员基本技能培训班回执（医师）

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 职务 | 联系电话 | 是否需要预订培训资料（教材视频） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

单位联系人： 联系电话（手机号码）：

注：1.共120人参训，以提交回执到邮箱的先后顺序确定报名人

员，报满即止，不接受现场报名。

2.参训单位可以对参训人员进行调整，但人数不能变化。

3.培训资料费需另外付费，100元/人。

4.请于9月17日前将回执传至重庆市卫生服务中心会务组。

5.邮箱：3511335895@qq.com

附件2

2021年医护人员基本技能培训班回执（护理）

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 职务 | 联系电话 | 是否需要预订培训教材 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

单位联系人： 联系电话（手机号码）：

注：1.共120人参训，以提交回执到邮箱的先后顺序确定报名人员，报满即止，不接受现场报名。

2.参训单位可以对参训人员进行调整，但人数不能变化。

3.培训教材需另外付费。

4.请于9月17日前将回执传至重庆市卫生服务中心会务组。

5.邮箱：3511335895@qq.com

重庆市卫生服务中心行政人事部 2021年9月6日印发