附件

2023年川渝卓越中医药

（中医规培和助理全科医生）骨干师资培训班回执

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 | 职务 | 联系电话 | 重庆住宿（是/否） | | 成都住宿（是/否） | | 备注 |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |

注：1．请于2023年9月14日前将回执发送至重庆市卫生服务中心会务组邮箱。

2．邮箱：[1570239159@qq.com。](mailto:1570239159@qq.com)