**附件**

**中西医结合一体化教学高级师资培训班**

**报 名 回 执 表**

 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 部门 |  |
| 联 系 人 |  | 电话 |  |
| 姓 名 | 性别 | 职称/职务 | 手 机 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住宿预订 | 标准间合住□标准间包房□ | 请在□里划√ | 入住日期： 退房日期：  |
| 其他会务要求 |  |