**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 |  | | | | | |