附件2

自治区“麻醉与舒适化医疗”高级研修项目

报名回执

单位（盖章）： 日期：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  |
| 工作单位及职务 |  |
| 专业技术职称 |  |
| 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  |  邮 编 |  |
| 手 机 |  |  电 话 |  |
| 邮 箱 |  | 到达日期 |  |
| 从事专业及专长 |  |
| 是否安排住宿 | 是□ 否□ |
| 备 注 |  |

注：加盖单位公章的报名回执扫描版、可编辑电子版及研修人员一寸白底免冠照片电子版（注明个人身份证号）一并报送陈红处15099133816。