附件2、报名回执表

**2023年全国医疗损害鉴定实务及医疗纠纷防范与处理培训班**

经研究，我单位选派下列同志参加培训：

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 联 系 人 |  | 电话 |  |
| 手机号码 |  | 传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 职务 | 手机 | 身份证号 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 参加期次，选择请画“√” | 专题1 □ 专题2 □ |
| 住宿要求（线下学员），选择请画“√”：标间合住□ 单间包房□ |
| 发票抬头： 纳税人识别号：快递地址/收件人（线上培训填写）： |

备注：1.本表复制有效，请填好本表并及时回传确认报名；

 2.咨询电话：13520629593（微信号）,联系人：许老师；

 3.电子邮箱：mishuchu2022328@163.com。