附件

2024年医护科普写作与实践技能

提升培训班回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 身份证号 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 汇款信息 | 收款单位：重庆市卫生服务中心开户行：工行建新东路支行账号：3100022209026427501（备注：汇款时请备注**学员单位+姓名+科普班**，并将汇款回单发送到指定邮箱3511335895@qq.com）。 | 开票信息 | 发票抬头：纳税人识别号：发票推送电子邮箱： |

注：1．请务必填写完整参训信息，以免影响审核入群；

2．请于5月21日前完成报名手续，以便核对报名信息，保障大家如期参训。