附件：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 中医临床技术帮扶行动暨中医适宜技术培训班回执表 | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  |
| 手机 |  | | | 邮箱 |  | | |
| 工作单位 |  | | | | | | |
| 住宿 | 人数： 人；时间：11月 日- 日；  单间□合住标间□ | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | |