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 |  |