**附件二：**

**《全国中医小儿推拿保健及医疗研修班》回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | 2寸  红底  照片  8张  电子版发送至  546604838邮箱 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 专 业 |  | 职 称 |  |
| 联系方式 |  | 身份证号 |  |
| 工作年限 |  | 毕业院校 |  | |
| 家庭住址 |  | | 邮 箱 |  |
| 学习中医小儿推拿目的 |  | | | |
| 单位意见 | 签字（盖章） 年 月 日 | | | |
| 培训结果 | 考评单位意见： 年 月 日 | | | |