附件

2023年川渝护理师资孵化计划

暨教学能力提升训练营回执

单位名称（盖章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人： | |  | | 联系电话： | |  | |
| 开票单位名称  纳税识别号 | |  | | | | | |
| 电子邮箱： | |  | | | | | |
| 参训人员信息 | | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 联系电话 | | 联系邮箱 | | 备注 |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |

注：请于10月6日以前发至重庆市卫生服务中心会务组。

邮箱：[3511335895@qq.com](mailto:3511335895@qq.com)。