**附件：**

2018年交大医学院临床执业技能系列培训班

培训学员报名单回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **年 龄** |  | **性 别** |  |
| **职 称** |  | **职 务** |  | **专 业** |  |
| **学 历** |  | **单位科室** |  |
| **联系电话** |  | **电子邮件** |  |
| **身份证号** |  |
| **参加培训名称（开班日期）** |  |
| **发票抬头****（单位税号）** |  |

**（以上信息皆为必填）**