附件：

|  |
| --- |
| **“2023年医学专业教师教学能力与核心素养提升研修班”报名回执** |
| 单位 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 参会代表 | 姓名 | 性别 | 科室 | 职称/职务 | 身份证号 | 手机 | 电子邮箱 |
|
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |
| 单位名称 |  |
| 纳税人识别号 |  |