上海交通大学医学院

首届注册营养师临床营养理论与实践技能研修班

报名回执表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |    | 邮编 |   |
| 单位地址 |   |
| 姓 名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 学历 | 专业 | 科室/职称/职务 | 手 机 | E-mail |
|   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 学分证书 | 需 要（ ）  |  |
| 不需要（ ） |
| 发票抬头 |   |
| 纳税识别号 | （如需要开具税号，请提供） |

**备注：报名邮箱：**yyx\_ssmu2004@126.com（毛老师）