附件

**2024年河南省****静脉治疗专科护士培训班**

**报名回执表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 照片 |
| 出生年月 |  | 籍贯 |  |
| 职称 |  | 职务 |  |
| 工作年限 |  | 学历 |  |
| E-mail |  | 微信号 |  |
| 手机 |  | 工作单位 |  | |
| 参加工作时间 |  | | | |
| 专业工作时间 |  | | | |
| 联系地址及邮编 |  | | | |
| 工作经历 |  | | | |
| 住宿 | 是口 否口 | | | |
| 单位意见：  单位盖章  年 月 曰 | | | | |