**《重庆市呼吸专科护士培训班》回执**

单位： 地址： 邮编：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 工作年限 | 职称 | 学历 | 职 务 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：1.回执复印有效。

2.请将回执于2024年5月5日前通过电子邮件方式发送至邮箱540808092@qq.com，并留意邮件回复消息。

3、收到回执后不再另发通知，请按通知要求按时报到。

4、回执请写清姓名、性别、单位和联系电话，便于联系。