附件2

PICC专科护理门诊建设运营专业能力培训
参会回执

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **联系人姓名** |  | **职务** |  |
| **手机号** |  | **职称** |  |
| **电子邮箱** |  |
| **备注** |  |
| **以下填写同单位参培人员** |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **职务** | **联系方式** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |

咨询及报名联系人：

杜芸芸：13918216440（微信同号）