附件2：

**国家行业评价培训班报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（全称） |  |
| 报名及缴费联系人 |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 姓名 | 年龄 | 性别 | 职称（副高及以上、中级、初级、乡村医生） | 是否来自基层（县及以下、社区等医疗卫生机构） | 手机号 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：此表可添加行，请填写后于10月7日前通过邮件方式反馈至会议联系人，并及时扫描二维码完成缴费。