附件

**血管通路高级研修班报名登记表**

填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*姓 名 |   | \*性 别 |  | 贴照片处 |
| 出生年月 |  | 年 龄 |  | 籍 贯 |  |
| \*工作单位 |  | 职 业 |  |
| \*职 务 |  | \*职 称 |  |
| \*单位地址 |  | 邮 编 |  |
| \*单位性质 | □公办 □民办 | 医院等级 |  |
| \*手　　机 |  | E-mail |  |
| \*身份证号码 |  |
| 学费支付方式 | □转账□缴费 | 转账单位： |