附件：

第一届标准化病人教学与应用培训班回执表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（发票抬头） |  | 参加人数 |  |
| 单位纳税人识别号（必填） |  | 联 系 人 |  |
| 发票是否合开 | 是 □ 否 □ | 联系电话 |  |
| E - mail |  |
| 参 会 人 员 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 职务 | 民族 | 手机 | 邮箱（或 QQ） 发送专家课件 | 授课专业 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 付款方式  | 现金（ ） 刷卡（ ） 转账（ ） （请打∨） |
| 发票项目  | 培训费（ ） 会务费（ ） 会议费（ ） （打∨） |

**注：请尽早填写报名回执发至会务组 zhw188@126.com**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **报名联系人：** 张老师  | 010-65272912  | 13611274113 |
| 王老师  | 010-65232781  | 18600184105 |
| 杨老师  | 010-65271809  | 18610012725 |