护士核心能力培训课程申报单

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位 |  | 联系人 |  |
| 邮箱地址 |  | 联系方式 |  |
| 通讯地址 |  | | |
| 课程选择 |  | | |
| 开票信息 |  | | |
| 付款方式 |  | | |