附件

重庆市首届卫生管理研究专业初中级职称考试考前复习冲刺培训班回执

单位名称： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 联系人： |  | 联系电话： |  | |
| 开票单位名称纳税识别号 |  | | | |
| 电子邮箱： |  | | | |
| 参训人员信息 | | | | |
| 姓名 | 职务 | 联系电话 | | 备注 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |

注：1.请发至重庆市卫生健康委员会国家职业技能鉴定所会务组。

2.联系邮箱：191517042@qq.com。