附件

常见傣医护理技术的临床应用培训班回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 年龄 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | | | | | 职务/职称 | |  | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | 邮编 |  |
| 手 机 |  | 电子信箱 | | |  | | | | |
| 住房要求 | 是否安排住宿：是□ 否□  住宿：单人间□ 标准间（合住）□ | | | | | | | | |
| 备 注 |  | | | | | | | | |

注：请参会者填写此表后于2018年10月16日前发送电子邮件至2226466276@qq.com（西双版纳州傣医医院护理部邮箱），联系人：张江山（18313230480）、李艳兰（13887918110）。