附件

**《卫生技术评估理论与实践能力提升项目》培训班回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 | 年 月 日 |
| 单位 |  | | | 部门 |  |
| 民族 |  | 最高学历 |  | 毕业年份 |  |
| 职称 |  | | | 职务 |  |
| 目前从事的工作 |  | | | | |
| 通讯  地址 |  | | | 邮编 |  |
| 邮箱 |  | | | 联系电话 |  |
| 备注 |  | | | | |