**附：**

**关于举办河南省中医药继续教育项目（2017--040）中医医院护理管理岗位培训班报名回执（可复印）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **年龄** | **职称** | **职务** | **科室** | **电话** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **工作单位** |  | **邮政编码** |  |
| **住宿：□是 □否** |
| **备注：** |

 **单位盖章**

 **年 月 日**