附件：报名回执

### 全国康复医学培训班报名回执（复印有效）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** | □男 □女 | **年龄** |  |
| **职称** |  | **职务** |  | **学历** |  |
| **岗位** | □ 康复医疗 □ 康复治疗 □ 康复护理 |
| **单位** |  | **任职** |  |
| **地址** |  | **邮编** |  |
| **手机** |  | **邮箱** |  | **微信** |  |
| **住宿** | □ 单人间100元/人/天 □ 双人间60元/人/天 □ 三人间50元/人/天 |

（备注：预订住房安排以房间数量及缴纳培训费先后为准，具体由宾馆前台统一管理）