附件1

《传染病专科护士培训班》回执单

单位：

纳税人识别号:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 工作年限 | 职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：缴费成功后请将缴费凭据截图连同回执单（附件1）发至护理学会邮箱63606736@163.com。