附件1

**《第五期内镜清洗消毒、技术操作及质控护理专科护士培训班》回执**

单位名称：

纳税人识别号：

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