附件1

**《第四期眼科专科护士培训班》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 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：此表与缴费凭证一起截图发至63606736@163.com（重庆市护理学会）