附件1

**重庆市护理学会《第七期静脉治疗专科护士培训班》回执单**

单位：

纳税人识别号:

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

注：此表请发至：63606736@163.com (护理学会邮箱)。