**重庆市第十一期肿瘤专科护士培训班报名回执**

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 职称 | 工作年限 | 邮箱（微信号） | 联系电话 | 是否联系住宿（标间110元/天） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |