附件

医院感染监测规范化培训班报名表

填报单位： 联系人： 电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 单位 | 科室 | 手机号码 | IC卡号 | 是否会员 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |