附件1：

“基层医院新生儿科临床技术规范化培训学习班”学习班报名回执表

填报单位： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 职务/职称 | 工作单位 | 联系电话 | IC卡号 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |