附件1

培训班回执

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 单位 | 职务/职称 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：请各单位按本通知要求确定参会人员，并于11月22日下午17点前统一将回执发送至市疾控中心公共卫生科邮箱（sycdcggwsk@163.com）