**附件1：**

**河南省人民医院2022年第四届眼科专科护士培训班报名回执表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 | |  |
| 学 历 |  | 职 称 |  | 职 务 | |  |
| 参加工  作时间 | 年 月 | | 工作年限 | |  | |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | |
| 联系方式 |  | | | | | |
| 邮 箱 |  | | | | | |
| 单位意见 | 单位盖章  年 月 日 | | | | | |

备注：手机、E-mail需填写清楚！