**《儿童心血管疾病新进展培训班》参加回执** （复印有效）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 职务 |  | | 职称 |  |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | |
| 地址 |  | | | | | 单位电话 | |  | | |
| 邮编 |  | | | | | 移动电话 | |  | | |
| 是否需要学分证书 | | 是 （ ） | | | 否 （ ） | | | 备注： | | |