附件一：

**医学人文与叙事医学研修班报名回执表**

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 联 系 人 |  | 交费方式 | 银行汇款 |  |
| 联系电话 |  | 网银转账 |  |
| 邮 箱 |  | 其 他 |  |
| 报名人员详细信息如下： |
| 姓名 | 单位（机构及部门） | 职务 | 手机 | 微信 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**注：学习人员务必填写手机号及电子邮箱，以便我们及时与您联系。**