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。**