

附件 2

# 报名回执

上报单位（省级）：

报名期数：重庆/银川/太原

姓名	性别	年龄	职称/职务	联系电话 (微信)
单 位				

注：参培人员须为省级医疗机构人员，名额为 1 名/期/单位，共报名 3 位；各单位请将回执发至指定邮箱 Mdbpt2022@126.com，报名截止时间至 4 月 5 日。