附件2

2017年中医药文化科普巡讲专家能力提升班报名回执

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 民族 | 工作单位 | 身份证号 | 联系电话 | 备注（是否住宿） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：由各省级管理部门汇总后报送

传 真：010—59957627

电子邮箱：xinwenbangongshi@126.com