**国家级中医药继续教育项目《内科疑难病诊治经验学习班》报名回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 专业 |  | 职称 |  |
| 身份证 |  | | 联系电话 |  | |
| 工作单位 |  | | | | |
| 发票抬头 |  | | 税务登记号 |  | |
| 联系邮箱 |  | | | | |

**※报名回执请于6月20日前发送至邮箱shszyyxh@126.com**