附件2

2025年卫生医疗机构“法治引领，医案说法”

重点法律法规系列培训班回执

单位名称（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 联系人 |  | 电 话 |  |
| 开票单位全称 |  | 邮 箱 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 参训人员信息 |
| 姓名 | 性别 | 科室及职务 | 身份证号码 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.请务必填写完整学员信息，以免影响审核入群；

2.请将报名表电子版发至电子邮箱ynwsrckfb@163.com。