**附件 《神经变性病诊疗及慢病管理新进展》高级研修班**

**报名回执**

**单位名称（盖章）： 日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |
| 职务 |  | 职称 |  |
| 身份证号 |  |
| 单位名称 |  |
| 通讯地址 |  |
| 办公电话 |  | 手机号 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 从事专业及研究方向 |  |
| 备注 |  |

注：请参训人员于2025年5月15日前将加盖单位公章的报名回执表扫描版及WORD版报名回执同时发送至邮箱bnds202109@163.com。报名回执邮件名称和文件名须注明《神经变性病诊疗及慢病管理高研班+学员姓名+单位名称》。