附件1

**四川省中医药海外交流储备人才培训班参训回执**

**报送单位（公章）： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月（年龄） | 单 位 | 专业 | 职称 | 外语水平 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

审核人：

（医联体主体单位领导签字）

备注：该表由医联体主体单位汇总后统一填报