附件一：

高校生殖健康咨询专项能力提升

教师研修班报名回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 发票税号 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 姓 名 | 性别 | 职务 | 手 机 | 电子邮件 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住宿情况 | 单间 |  | 标间 |  |