**附件1：**

“精神运动康复学在儿科领域的应用”培训班报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2020-2021年《精神运动康复学在儿科领域的应用》学习班报名回执表** | | | | | | |
| 姓名（中文）  （必填）： |  | | 性别  (必填）： |  | 职务： |  |
| 姓名  （拼音大写）  （必填）： |  | | | | 职称： |  |
| 身份证号码（必填，制作结业证书用）： | | | | | 最高学历： |  |
| 单位名称  （必填）： |  | | | 所在部门  （必填） |  | |
| 邮箱地址  （必填）： |  | | | 联系电话  （必填）： |  | |
| 报名课程 （请打勾） | 一期 | 二期 | | 三期 | 四期 | 全四期 |
| 注册报名费发票开票信息（必填） | 发票抬头：  税号：  账户号： | | | | | |
| 注册报名费，发票邮寄地址 | 收件人及电话 | |  | | | |
| 收件人地址 | |  | | | |

填写培训班回执表并提交，或直接填写将以下报名表与付款凭证发至 [admin@isrp.cn（汇款时必须备注“PMT在儿科领域的应用全国培训班+机构名称+姓名”，否则视无效）。以下表格所有项目都为必填项，否则视作无效。](mailto:admin@isrp.cn（汇款时必须备注)