**附件**

**《中国康复医学会康复作业治疗师培训课程》申请表**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 性别 |  |
| 单位名称（全称） |  |
| 联系手机号码 |  |
| 身份证号码 |  |
| 职称 |  |
| 职务 |  |
| 缴费方式 | □微信 □银行汇款 |
| 请上传缴费成功凭证 |  |

请将此申请表在2023年04月30日前，发送至：806571498@qq.com