附件：

培训班回执

|  |
| --- |
| 单位： |
| 是否会员单位： |
| 姓名 | 从事专业 | 职称 | 联系方式 | 备注（具体需求） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：备注中具体需求是指参加培训人员学习侧重方向，如职业健康检查业务的提高，或申请职业病诊断医师资格应试能力的提高，培训班会根据大家需求安排师资和讲授相关内容。