**参加《慢性伤口造口失禁护理技术学习班》报名回执**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 职 务 | 职 称 | 单 位 | 电话（手机） |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |