附件

报名表

填报单位（盖章）： 日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 单位 | 职务/职称 | 所在省份 | 手机号码 | 身份证号 | 问题/建议 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

备注：请于9月29日17:00前将报名表发送至邮箱cqhlbxc@nhsa.gov.cn。