附件2

参加2024年应急救护员持证培训人员回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 单位（老年学校） | 手机号码 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

报名单位:

联系人:                联系电话:

注:请于5月30日下午下班前将参加培训人员回执发送至邮箱: 1165639844@qq.com。