附件：

**特殊儿童语言康复实用操作技术培训班报名回执**

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 学历 | 专业 | 工作单位 | 移动电话 | 邮箱 | 是否需要协会学分 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人 ： 联系电话： QQ：