广东省第三期智障儿童康复教育岗位专业技能培训班报名回执

机构名称 发送传真至：020-83865225

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 民族 | 专业 | 学历 | 工作单位 | 身份证号 | 移动电话 | 邮箱 | 工作年限 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人 ： 联系电话： QQ：