附件1

**2020年全省**特殊儿童康复评估技术培训班**报名回执**

 市残联（加盖公章有效）： 电邮至：gdard83865225@126.com

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 民族 | 专业 | 学历 | 工作单位 | 身份证号码 | 移动电话 | 工作年限 | 是否住宿 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人 ： 联系电话： qq：