附件

健康管理师培训班报名回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 培训项目 |  |
| 邮寄地址 |  |
| 联 系 人 |  | 职 务 |  |
| 手 机 |  | 邮 箱 |  |
| 参会人员姓名 | 性别 | 职称/职务 | 手机号码 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 备注 |  |

**注：**如有疑问或需要帮助，请与工作人员联系。