

附件 2:

## “放射诊疗设备质量控制检测技术培训班”回执

| 单位名称 |    |    |       |    |    |    |      | 邮编     |        |
|------|----|----|-------|----|----|----|------|--------|--------|
| 通信地址 |    |    |       |    |    |    | 手机   | 办公电话   | E-mail |
| 姓名   | 性别 | 年龄 | 职称/职务 | 学历 | 专业 | 手机 | 办公电话 | E-mail |        |
|      |    |    |       |    |    |    |      |        |        |
|      |    |    |       |    |    |    |      |        |        |
|      |    |    |       |    |    |    |      |        |        |
|      |    |    |       |    |    |    |      |        |        |
|      |    |    |       |    |    |    |      |        |        |

注：请分配到名额的单位于 2021 年 5 月 14 日前将回执返回培训班联系人并电话核准，未按时返回的主办单位将重新调整名额，原分配名额作废。