**附件：**

**首期中医实用技能人才培训班报名回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **电话** |  |
| **单位** |  | **职务** |  | **邮箱** |  |
| 中国医学科学院  健康科普研究中心（培训职业） | | | | | |
| 职 业 | | 填报 | 职 业 | | 填报 |
| 小儿推拿师 | |  | 中医康复师（高级） | |  |
| 心里咨询师 | |  | 中医全科理疗师（高级） | |  |
| 中医调剂师（高级） | |  | 中医健康管理师（高级） | |  |
| 中医推拿按摩师（高级） | |  | 中医经络调理师（高级） | |  |
| 备注： | | | | | |

1.请于指定日前发至jskch2020@126.com邮箱。

2.请在备注栏注明培训费是否汇出以及汇出金额。