附：报名回执

姓名	性别	年龄	身份证号	工作单位（注：请填写单位标准全称）	是否来自基层（县及以下、社区等医疗卫生机构）	职称(必填，勿用简称)	职务(必填)	学历(必填)	联系电话(必填项,勿填座机号)