附件1

锦江区2025年度放射工作人员防护培训报名回执表

填报人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 工作单位 | 姓名 | 性别 | 联系电话 | 专业 | 有无放射工作人员证 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

锦江区2025年度实验室生物安全岗位培训报名回执表

填报人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 工作单位 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

锦江区2025年度上半年抗菌药物培训报名表

医疗机构名称： 填报人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 职称 | 身份证号码 | 联系电话 | 有无培训证 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |

锦江区2025年度上半年精麻培训报名表

医疗机构名称： 填报人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 工作单位 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

附件2

发票开具信息一览表

此次培训是否需要开具发票？ □是 □否

如是，请填写以下信息：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 培训名称 | 开票名称 | 纳税人  识别号 | 开票金额（元） | 电子票  接收邮箱 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |