附件4

**第二届精神运动康复学在儿科领域的应用学习班报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名（中文）（必填）： |  | 性别(必填）： |  | 职务： |  |
| 姓名（拼音大写）（必填）： |  | 职称： |  |
| 身份证号码（必填，制作证书/证明用）： | 最高学历： |  |
| 单位名称（必填）： |  | 所在部门（必填） |  |
| 邮箱地址（必填）： |  | 联系电话（必填）： |  |
| 报名课程 | 第一期基础模块□ | 第三期□ | 第一期基础模块+第三期□ |
| 开票信息（必填） |  |
| 联系地址与手机号码 |  |