附件2

2024年孤独症康复专业技术人员培训班报名回执

机构名称 （加盖公章方有效） 电邮至gzclcbr@gz.gov.cn

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 专业 | 学历 | 联系方式 | 工作年限 | 岗位 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话：