附件3：报名回执

科学催眠在临床的推广和应用培训班报名回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  |
| 年龄 |  | 学历 |  |
| 职称 |  | 专业 |  |
| 单位及科室 |  | | |
| 手机号码 |  | 微信号 |  |
| 是否需要学分：是□/ 否□ | | | |
| 是否需要发票：是□/ 否□ | | | |
| 若需要，发票抬头及税号： | | | |
| 请详细填写您既往的相关经历：（尽量避免条目间重复） | | | |
| 作为组员参加催眠培训（举办地、组织者、时间、次数、总学时等） |  | | |
| 其他相关培训经历 |  | | |