附件1

**2015年运动康复技能培训班报名表**

单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **部门及职务** | **性别** | **民族** | **办公电话** | **手机** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

报名联系人： 联系电话：

请各单位于2015年7月30日17：00前将报名表加盖单位公章后，传真至体育总局人力中心办公室（传真号：010-67187075）。