附件：

**2023年和平区社会心理健康服务技能培训“至善班”报名回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 单位 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 职务 | 手机号 | 培训批次 |
| 1 | \*\*\*\*街道 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | \*\*\*\*居委会 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | \*\*\*\*\*社区卫生服务中心 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |