附件1

**参 训 回 执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **单位** | **姓名** | **性别** | **民族** | **职务** | **联系电话** | **报名期次** | **培训类别** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.必须注明人员参加期次，请于10月25日15:00时前，将参加人员名单上报市辅具中心。

 2.报名期次请填写1期/2期，培训类别请根据人员评估类别填写肢体/二便/听力/视力。