**上海交通大学医学院**

**《基础生命支持（BLS）与高级生命支持（ACLS）》培训班报名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **年龄** |  | **性别** |  |
| **职称** |  | **职务** |  | **专业** |  |
| **学历** |  | **单位科室** |  |
| **联系电话** |  | **电子邮件** |  |
| **身份证号** |  |
| **所选课程****（请在括号里打勾）** | ① BLS课程800元/人**【 】** | ② ACLS课程1200元/人**【 】** | ③ BLS+ACLS课程1500元/人**【 】** |
| **发票抬头****（单位税号****单位地址）** |  |

**（以上信息皆为必填）**