**2020 儿童ADHD 临床诊治高级培训班**

**（上海精神卫生中心站）**

**报名回执表**

**回执信息：（备注：\*号为必填信息）**

**\***姓 名： **\***性 别： **\***民 族： **\***所在省市：

**\***证件类型： **\***证件号码：

**\***出生日期； **\***最高学历： **\***最高学位：

**\***所在单位：

**\***通讯地址： **\***邮 编：

科 室： **\***职 称： **\***职 务：

手 机： **\***联系电话： E-mail：