**中华医学会重症医学专科资质培训班  
个人参会情况证明书**

乌鲁木齐：**□** **学 号 （工作人填写）**

泰 安：**□**

**姓 名： 单 位：**

**身份证号： 联系电话：**

**是否缴费：**

**（1）14日内核酸检测报告（扫描件或者截图）**

**（2）通信行程卡（截图）**

**姓名(签字):**