**附件：**

中国非公立医疗机构协会麻醉专业委员会2017年学术年会参会回执

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **序号** | **姓名** | **职务** | **职称** | **手机号** | **邮箱** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 具体到达日期 |  | 已订酒店名称 |  |
| 报名联系人 |  姓名： 电话： 邮箱： |