中国非公立医疗机构协会内分泌糖尿病专业委员会

2017年全国学术年会参会回执

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **序号** | **姓名** | **职务** | **职称** | **手机号** | **邮箱** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 到达日期 |  | 撤离日期 |  | 预订住宿 | □是 □否 数量：大床（ ）标间（ ） |
| 报名联系人 |  姓名： 电话： 邮箱： |