2019中国医院大会回执表

单位（盖章）： 联系人及联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职务 |  |
| 手机号码 |  | 身份证号 |  |
| 抵达日期、航班信息 |  | 返回日期、航班信息 |  |
| 住宿 | □是 □否 | 备注 |  |

备注：请您详细填写回执，以便更好地做好服务。并请于6月25日（周二）12点前发邮件（sh.yyxh@163.com）或传真（54032880）至本会办公室。衷心感谢您的支持与配合！