附件1

2023年全国综合性大学医学教育学术研讨会报名回执表

 填写日期：2023年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联系人 |  |
| 纳税人识别号 |  | 电话（手机） |  |
| 通讯地址 |  | 邮 箱 |  |
| 参会代表姓名 | 性别 | 部 门 | 职务/职称 | 手 机 | 邮 箱 | 备 注 | 住宿意愿 |
| 单住 | 合住 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备 注 |  |

注：请于2023年11月10日前发送到会议电子信箱pasteurienzs@163.com。