河池市医学会办公室 2017年11月3日印发

附件

**2017年河池市缺血性脑血管病**

**中西医结合诊疗新进展学习班回执单**

|  |  |
| --- | --- |
| 工作单位及科室 |  |
| 地　　址 |  | 邮政编码 |  |
| 联系电话 |  | Email |  |
| 姓　　名 | 性 别 | 职　称 | 职　务 | 手　　机 | 是否住宿订房要求（单间或标间） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

请参会代表于2017年11月20日前通过发送邮件、电话及短信等方式回执。各委员组织本区域相关人员参会。

单位盖章： 年 月 日