附件

重庆医科大学学科建设工作推进会

参会回执

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 院系部处名称 | 职务 | 手机号码 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填报人： 电话：