附件1：

参会回执

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位 | 姓名 | 职务 | 备注（附属医院带车领导车牌号） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

填报人： 联系电话：