**福建省第十七次感染病学术会议回执**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职务/职称 | |  |
| 工作单位 |  | | | 地址 |  | | | |
| 联系电话 | 手机： | | | | | | 邮编 |  |
| E-mail |  | | | | | | | |
| 是否住宿 | □ 是 □ 否 | | | | | | 住宿天数 |  |
| 备注 |  | | | | | | | |

注:1.参会代表注务必于2018年4月1日前以短信、邮寄或电子邮件的方式回复联系人（否则可能会影响您的住宿需求）；2.此回执复印有效。