海丝核心区妇产科超声诊断思维学习班回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 职务 |  | | 职称 |  |
| 工作单位 | |  | | | | | | 科室 |  |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | |
| 邮政编码 | |  | | | 联系电话 | |  | | |
| 电子邮箱 | |  | | | | | | | |
| 住宿 | | 是（ ） 否（ ） | | | | | | | |
| 备注 | |  | | | | | | | |

注：本回执可复印，以上各项请务必详细填写，以便及时联系