**参会回执表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **单 位** | **职 务** | **手 机** | **是否用餐** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：

1、参会人员均需要填写此表。

2、将 word 电子版发送至邮箱：[381904698@qq.com](mailto:381904698@qq.com)。

3.推荐表纸质版（盖单位公章）请邮寄至深圳市人民医院重症医学科外科大楼（6号楼）三楼C区重症医学科二区，陈友莲 13794498212。