重庆市医学会老年医学专业委员会2019年学术年会

暨2019年全军老年常见病高峰论坛回执（此表复印有效）

**单位名称：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** | **性别** | **科室** | **职务** | **联系方式** | **是否需要安排住宿** | **住宿时间** |
|  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
|  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
|  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
|  |  |  |  |  | □是 □否 |  |
|  |  |  |  |  | □是 □否 |  |

**备注：**1.参会回执请于**2019年5月31日**前发至邮箱**Email:** 854807465@qq.com，未按此时间节点报名者无法保障其住宿。

2.不接受微信或电话报名，以电子邮箱中参会回执名单为准。