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