**2017年11月诊所年会参会回执（广州）**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 工作单位 |  |
| 职务/职称 |   | 联系电话 |  |
| 性别 |  | 电子邮箱 |  |
| 手机 |   | 备注 |   |
| 通讯地址 |   |  邮编 |  |
| 提交论文/发言题目  | 是否提交论文：是（ ）否（ ）题目： |
| 住宿要求 （请选择√） | 是否需要会务组代订房间：是（ ）否（ ）标间每天500元单住（ ） 合住（ ）[如有需要，请填写您与 老师合住] |
| 特别说明 | 为保障会务组订房，请各位拟参会老师务必于2017年10月25日前填写并反馈回执（**通过E-mail通知会务组**）lxtruc@163.com。 |