全国基础医学教学研讨会暨全国基础医学形态学

实验室主任联席会第十四次会议回执（青岛）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | | 职称  职务 |  | | 是否  专职 |  |
| 单位及  从事专业 |  | | | | | | 邮编 |  | | | |
| 电话  （手机） |  | | | | | 电子信箱 | |  | | | |
| 论文题目 |  | | | | | | | 备注 |  | | |
| 预定房间及类型 | 标注双人间：  单人间： | | | | | | |  |  | | |

注：

1、此回执一人填写一张。请认真填写回执各项内容。

2、因会议期间正是青岛暑期旅游盛季时期，务必于2023年6月30日前将回执寄回，以便为您预定床位。

3、大会会务组将在2023年7月1日发出第二轮通知。