附件：

**山东省社会办医疗机构协会**

**麻醉管理分会成立大会暨首届麻醉高峰论坛参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 11月5日 是（ ） 否（ ） |
| **报到时间** | 11月5日12：00之前报到（ ）（安排5日午餐）11月5日19：00之后报到（ ）（自行解决5日晚餐）11月6日07:00-09:00报到（ ） |

注：请务必于10月28日前，将参会回执发至分会筹备委员会邮箱sdshbymz@163.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。