**关于召开山东省社会办医疗机构协会**

**医学检验管理分会2023年学术年会暨**

**省级继续教育项目“山东省社会办医检验**

**质量保证培训班”参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **职称** | **职务** | **单位** | **联系方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 12月15日 标间129元/床（ ）；大床房258元/间（ ）；否（ ）12月16日 标间129元/床（ ）；大床房258元/间（ ）；否（ ）12月17日 标间129元/床（ ）；大床房258元/间（ ）；否（ ） |
| **报到****时间** | 12月15日17：00之前报到（ ）（安排当日晚餐）12月15日17：00之后报到（ ）（自行解决当日晚餐）12月16日7:00-7:50报到（ ） |

注：请务必于12月08日前，将参会回执发至邮箱wangcong6943@126.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。