**山东省社会办医疗机构协会**

**康复管理分会成立大会暨水城·康复高峰**

**论坛参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **住宿** | 10月18日 是（ ） 否（ ）10月19日 是（ ） 否（ ） |
| **报到时间** | 10月18日12：00之前报到（ ）（安排当日午餐）10月18日15：30之前报到（ ）（安排当日晚餐） |

注：请务必于10月15日前，将参会回执发至大会筹备委员会邮箱lxgkyy@163.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。