**山东省社会办医疗机构协会**

**儿童康复管理分会成立大会暨山东省社会办医首届儿童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26日 是（ ） 否（ ） | | | | |
| **报到时间** | 10月26日15：30之前报到（ ） | | | | |

注：请务必于10月22日前，[将参会回执发至大会筹备邮箱](mailto:将参会回执发至筹委会邮箱lxgkyy@163.com)657078998@qq.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。