**同济医院过敏反应专病医联体**

**（山东）启动大会暨过敏诊疗培训班**

**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19：00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)291586965@qq.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。