**山东省社会办医疗机构协会**

**眼科管理分会第二届超乳玻切进阶学习班**

**参会回执**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** | **性别** | **电话** | **职务** | **单位** | **交通方式** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **实训项目** | 白内障超乳实训 是（ ）否（ ） 玻切实训 是（ ）否（ ） | | | | |

注：请务必于11月10日前，[将参会回执发至学习班筹备邮箱](mailto:将参会回执发至筹委会邮箱lxgkyy@163.com)sdykglfh@163.com，未按期报送回执，请自行解决住宿、餐饮。