附件1 山东省卫生保健协会儿童急危重症专家委员会

第四届学术会议暨儿童神经重症高峰论坛参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | 职称 |  |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 单位地址 |  | | | | | |
| 邮箱 |  | | | | | |
| 手机 |  | | | | 微信 |  |
| 住宿情况 | | | | | | |
| 是否需要会议  安排住宿 | | □需要 □不需要 | | | | |
| 住宿天数 | | □19号1晚 □20号1晚 □19-20号2晚 | | | | |
| 备注 | | 因疫情原因，参会回执务必请于8月14日前发至对应邮箱，以便提前安排您的住宿。  dm850307@126.com | | | | |