**附件2：**

**青光眼诊疗新进展学习班**

**参会报名回执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位** |  |
| **电话** |  | **传真** |  |
| **地址** |  | **邮编** |  |
| **姓名** | **性别** | **职务** | **手机** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **发票抬头** |  |
| **住宿** | **单人间□ 标准间□ 否□** | **注册方式** | **转账□ 现金□**  |
| **备注** | 请认真填写以上信息。 |