**全国医学研究生教育与培养质量提升研讨会暨研究生导师培训会**

**注册回执表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 联 系 人 |  |
| 通信地址 |  | 联系电话 |  |
| 姓 名 | 性别 | 职务/职称 | （移动）电话 | 电子邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 住宿预订 | 标间单住　○ 标间合住　○ |
| 备 注 |  |

此表复印有效请务必认真填写。