附件

傣医临床用药规范与安全培训班回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  |
| 单位名称 |  | 职务/职称 |  |
| 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 手 机 |  | 电子信箱 |  |
| 住房要求 | 是否安排住宿：是□ 否□住宿：单人间□ 标准间（合住）□ |
| 备 注 |  |

注：请参会者填写此表后于2018年6月15日前发送电子邮件至499904722@qq.com，联系人：周云（18288027963）。