附件：

重庆市医学会核医学分会2020年学术年会回执单

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | | | |
| 联系人 |  | | 联系电话 | |  | |
| 参会人数 | 男： | | 女： | | 合计： | |
| 入住时间 | **标间**25日 | | **标间**26日 | | 25日晚餐 | 26日晚餐 |
| 入住统计 | 男： | 女： | 男： | 女： | 人 | 人 |
| 备注 | 1.是否需要预留**单间**： 是□ 否□  **2.单间**数量： 间 | | | | | |

注：回执信息请反馈至管丽丽，电话：13637765887。