**耳鼻咽喉头颈外科临床护理质量管理论坛 参会回执**

|  |
| --- |
| **参会单位信息** |
| 参会单位 |  |
| 发票开具名称 |  |
| 纳税人识别号 |  |
| 具体地址 |  |
| 邮编 |  |
| **参会人信息** |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 职称 | 职务 | 学历 | 学位 | 手机 | E-Mail | 住房要求 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | □不住宿 □包间 □可拼房 预定住宿天数： 天；日期(请勾选)：□23/8 □24/8  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | □不住宿 □包间 □可拼房 预定住宿天数： 天；日期(请勾选)：□23/8 □24/8  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | □不住宿 □包间 □可拼房 预定住宿天数： 天；日期(请勾选)：□23/8 □24/8  |