附件2

“科创中国—基层中医疼痛诊疗技术公益

大课堂齐鲁行”参会回执

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 职称 |  |
| 手机 |  | 邮箱 |  |
| 工作单位 |  |
| 住宿 | 人数： 人 时间：8月 日— 日 |
| 备注 |  |

备注：参会者请于2020年8月12日前将电子版回执发送至邮箱：906641325@qq.com