附件：

第五次全国社会办医高峰论坛回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 年 龄 |  |
| 党 派 |  | | 职 称 | |  |
| 工作单位 |  | | 职 务 | |  |
| 手 机 |  | | 邮 箱 | |  |

注：请务必于2017年6月10日前反馈回执