**参会代表报名回执单**

|  |
| --- |
| **重庆市医学会2020年儿科专委会新生儿学组年会回执** |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称 |  | 职务 |  |
| 单位（全称） |  | 参会人数 |  |
| 住宿 | 是 □  | 单间 □  | 数量/间 |  |
| 标间 □  |
| 否 □ |
| 联系电话： | 邮箱： |
| 备注： |

**请发送参会回执至邮箱：1372508768@qq.com**