附件：

临床医学专业认证秘书培训会回执

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 职称 |  |
| 工作单位及部门 |  | | | 职务 |  |
| 手机 |  | | | 办公电话 |  |
| E-mail |  | | | | |
| 报到日期 | 23日（） 24日（） | | | 离会日期 | 24日（） 25日（） |
| 住宿要求 | 单住（） 双人合住（） | | | | |

请在表格相应处填写或划“√ ”

住宿费用说明：单间/标准间：320元/间(含早餐)