附件4：

参会回执表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓名 | 职称/职务 | 姓名 | 电话 | 手机 | 邮箱 | 所在部门 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

注：请于2019年6月30日前将收集的医疗机构和企业相关信息及各单位参会回执提交专委会公共邮箱：gdqxgcp@163.com。